

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

268

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mai 1895, à 1 heure

Par M^{lle} BOUËT (FRANCIANNE)

Née à Billezois (Allier), le 6 mai 1865.
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Enfants-Malades (1890), Salpêtrière (1891), Tenon (1892), Clinique d'Accouchements (1893)
Médaille de bronze des Hôpitaux, 1893
Ancien Interne de l'Assistance publique de Paris, 1893-1895
Hôpital Maritime de Berck.

TRAITEMENT DES ABCÈS TUBERCULEUX

DE LA

COXOTUBERCULOSE ET DU MAL DE POTT

PAR LES INJECTIONS DE NAPHTOL CAMPHRÉ

Président : M. CORNIL, professeur

Juges : MM. BERGER, professeur.

NÉLATON,

LETULLE,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 mai 1895, à 1 heure

Par M^{lle} BOUËT (FRANCIANNE)

Née à Billezois (Allier), le 6 mai 1865.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Enfants-Malades (1890), Salpêtrière (1891), Tenon (1892), Clinique d'Accouchements (1893)

Médaille de bronze des Hôpitaux, 1893

Ancien Interne de l'Assistance publique de Paris, 1893-1895

Hôpital Maritime de Berck.

TRAITEMENT DES ABCÈS TUBERCULEUX

DE LA

COXOTUBERCULOSE ET DU MAL DE POTT

PAR LES INJECTIONS DE NAPHTOL CAMPHRÉ

Président : M. CORNIL, *professeur*

Juges : MM. BERGER, *professeur*.

NÉLATON,

LETULLE,

} *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

268

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
	{ FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies syphilitiques.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUD.
	{ BERGER.
	{ PANAS.
Clinique ophtalmologique.....	GUYON.
Clinique des voies urinaires.....	TARNIER.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES COUSINS

M^r ET M^{me} SIGAUD, M^r ET M^{me} FAIVRE

A M^r CHARRINS

PRÉSIDENT HONORAIRE DE LA COUR DE CASSATION

A M^{me} CHARRINS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MON MAÎTRE M. MÉNARD

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL MARITIME

MÉDECIN DES ENFANTS ASSISTÉS

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Ayant suivi, pendant une longue période, l'application des injections de naphthol camphré au traitement des abcès tuberculeux fermés du mal de Pott et de la coxalgie, nous avons fait une étude de ce traitement en essayant d'exposer sa technique de la manière la plus complète, et de présenter un tableau des résultats obtenus.

Les faits, mis à notre disposition par notre maître, M. Ménard, sont assez nombreux, et plusieurs d'entre eux, assez anciens, pour qu'il nous soit permis de porter un jugement sur la méthode.

Le sujet est nouveau. Le naphthol camphré a été employé par divers chirurgiens pour le pansement des plaies opératoires des fistules, etc., mais nous ne croyons pas que personne s'en soit servi comme liquide modificateur dans le traitement des abcès tuberculeux fermés du mal de Pott et de la coxalgie par la méthode des ponctions. Aussi sommes-nous privé du secours que nous auraient apportées l'opinion et l'expérience des autres chirurgiens.

Les recherches bibliographiques ne nous ont rien appris directement sur notre sujet. Elles nous ont renseigné seulement sur les propriétés du naphthol camphré mis en usage dans la tuberculose ouverte, antérieurement fistuleuse ou incisée chirurgicalement. Il y a peu d'analogie entre ces deux ordres de faits : injection fermée et pansement ouvert, aussi n'aurons-nous à établir entre eux aucune comparaison.

Nous nous limiterons strictement à l'examen des faits qu'il nous a été donné d'observer et qui se rapportent au traitement des abcès fermés par la méthode des injections de naphthol camphré. M. Ménard avait déjà sur ce sujet communiqué au congrès de chirurgie de Lyon (1894) une étude, qui nous a servi de guide, et que nous avons pu compléter sous son contrôle bienveillant, n'ayant toujours en vue que la thérapeutique clinique. Nous tenons particulièrement à témoigner ici, à ce savant maître, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, l'expression sincère de notre reconnaissance pour les nombreuses marques de bienveillance et de sympathie qu'il nous a sans cesse prodiguées. C'est dans son service que nous avons appris la clinique chirurgicale infantile. Nous conserverons toujours de son enseignement le plus précieux souvenir.

Tous les éléments essentiels de notre travail sont recueillis au lit du malade. Cependant le côté théorique de la question soulève de nombreux problèmes que seul le laboratoire peut essayer de résoudre.

Un seul de ces problèmes a reçu un commencement de solution. Nous avons par des inoculations, encore trop peu nombreuses, étudié les modifications du contenu des abcès sous l'influence des injections de naphthol camphré.

L'affectueuse direction de notre maître, M. le professeur Cornil, nous a toujours conduit dans le cours de nos études. Ses bons conseils ont soutenu notre courage en toute circonstance. Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous lui offrons l'hommage respectueux de toute notre reconnaissance. Trop heureuse de mettre à profit les connaissances que nous avons eu le bonheur d'acquérir par son enseignement direct dans son laboratoire, nous avons entrepris plusieurs séries d'inoculations sur des cobayes dans le but d'éclairer la physiologie pathologique

de notre sujet. Si cette partie de notre travail est modeste elle est du moins empreinte de sincérité scientifique et d'exactitude, ce qui nous méritera, je l'espère, l'indulgence de notre vénéré maître.

Que M. Toupet, qui nous a toujours éclairé de ses conseils, reçoive ici, avec tous nos remerciements, l'expression de notre vive gratitude.

Nous prions, notre cher maître, M. Descroizilles, d'agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour le sympathique dévouement avec lequel il nous a enseigné la clinique médicale à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous avons suivi pendant une année l'enseignement chirurgical de M. Reynier, à l'hôpital Tenon. Nous voulons remercier ce maître excellent, dont les leçons nous resteront toujours.

Toute notre gratitude est due à notre maître M. Terrillon. Nous avons été externe pendant une année dans son service de clinique gynécologique à la Salpêtrière et nous tenons à lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

Que M. Chaput, veuille agréer notre souvenir respectueux.

Que M. le professeur Tarnier, dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève à la clinique de la rue d'Assas, reçoive ici tous nos remerciements. Nous conserverons toujours de son enseignement si brillant le meilleur souvenir.

MM. Ballet et Marie nous ont enseigné les maladies du système nerveux. Nous les prions de vouloir bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

Nous avons conservé un souvenir reconnaissant de l'enseignement de MM. Chantemesse et Vidal, aussi tenons-nous à les remercier de leur constante bienveillance.

Nous conservons aussi un bon souvenir de l'enseignement de

M. Isch-Wall et de M. Démelin : nous voulons leur témoigner toute notre estime et notre reconnaissance.

Que M. Sabouraud reçoive tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a transmis quelques notes sur ce travail.

M. Désesquelle a droit à notre reconnaissance pour nous avoir communiqué avec tant de bienveillance plusieurs renseignements et une observation personnelle.

CHAPITRE PREMIER

Indications thérapeutiques.

SOMMAIRE. — De la résorption spontanée des abcès tuberculeux migrateurs.
— Sa rareté. — Impossibilité de distinguer d'avance les abcès migrateurs qui peuvent guérir spontanément. — Indications d'un traitement actif.

Les anciens médecins, qui n'avaient à leur disposition que de médiocres moyens pour modifier la marche des abcès par congestion, les abandonnaient volontiers à leur évolution naturelle. C'est à cette disposition d'esprit que l'on peut, au moins en grande partie, rapporter le soin avec lequel ont été pendant fort longtemps publié un nombre respectable de cas d'abcès froids, d'origine osseuse ou articulaire, ayant guéri spontanément dans des conditions favorables.

Tous les auteurs, un peu anciens, qui ont eu à s'occuper de cette question, ont rapporté quelques-uns de ces faits aussi exceptionnels qu'heureux.

David (1) (de Rouen), à qui l'on doit d'avoir si bien su mettre en relief les avantages du repos dans le traitement de diverses affections chirurgicales, rapporte l'exemple d'une fille de 22 ans, atteinte d'une affection des vertèbres lombaires, compliqué d'un abcès iléo-fémoral. Cet abcès disparut entièrement sous la seule influence du repos.

(1) DAVID, Mémoire sur les abcès. *Prix de l'Acad. roy. de chir.*, t. IV, p. 121.

Deux cas semblables sont cités par Abesnethy (1) à peu près à la même époque : l'un chez une fille de 14 ans ; l'autre chez un homme de 30 ans.

Larrey reproduit aussi deux observations d'abcès froids qui occupaient la région dorsale et qui guérissent spontanément : l'un chez une jeune fille de 25 ans ; l'autre chez un soldat de 23 ans.

Dans les cliniques de Dupuytren, on rencontre le rapport intéressant d'une autopsie pratiquée par ce chirurgien sur un sujet qui avait succombé aux suites d'une pneumonie, plusieurs années après la guérison d'un abcès par congestion. La lésion vertébrale semblait réparée, sauf la présence d'une petite collection de matière caséeuse, reliquat de l'abcès considéré comme guéri durant la vie.

Plusieurs cas analogues de résorption spontanée ont été publiés par divers auteurs : Nélaton, Cloirat, Marpuga, de Haurmann, Farget, Vilmot, F. Martin, Aran, Jules Guérin, Denonvilliers (3).

Bouvier (2), parle de la résorption spontanée des abcès par congestion dans plusieurs ouvrages. Dans un *Mémoire des Archives de médecine* (1857) nous trouvons cinq observations relatées avec détail : quatre fois il s'agit d'abcès par congestion de la fosse iliaque ; une fois, d'un volumineux abcès de la racine de la cuisse.

Le professeur Ollier (4), qui donne une observation remarquable du même genre, fait ressortir avec un grand sens clinique

(1) ABESNETHY, On the Lumbar Abscess. *Surg. and Physiol. Essays*, part. 1 et p. 3, 1793-97 et *Surg. Works*, t. II, 1811 et 1817.

(2) CHASSAIGNAC, *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*.

(3) BOUVIER, Abscès par congestion. In leçons clin. sur malad. chroniq. de l'app. locom., p. 26, Paris, 1858. — *Archives de médecine*, 1857.

(4) OLLIER, La résection de la hanche. *Revue de chirurgie*, t. 1^{er}, mars et avril 1881.

l'influence des circonstances favorables à la guérison spontanée des abcès. Cette heureuse terminaison est moins rare, d'après cet auteur, chez les enfants de la classe aisée, qui profitent de soins attentifs et d'une hygiène convenable, que chez les malades pauvres, victimes aussi bien de la misère que de l'infection bacillaire. La plupart du temps, l'immobilisation dans le décubitus dorsal, lorsqu'il s'agit du mal de Pott, a été observée et doit être considérée comme l'une des causes de succès.

Quelle que soit à cet égard l'opinion opposée de quelques auteurs, comme Chassaingnac, par exemple, qui, préconisant le drainage, nie brutalement la résorption spontanée des abcès, cette résorption ne saurait être un sujet de doute pour aucun auteur moderne, surtout pour aucun médecin ou chirurgien observant un grand nombre d'enfants. Lannelongue, Kirrison, affirment le fait et en donnent des preuves irréfutables. Il est superflu de multiplier indéfiniment les témoignages. Nous avons été nous-même assez heureux pour rencontrer à l'Hôpital maritime quelques faits qui démontrent la possibilité de la résorption des abcès tuberculeux ossifluants. C'est assez dire que rien n'est plus loin de notre esprit que l'idée de nier l'influence bienfaisante de conditions hygiéniques favorables, du repos sagement imposé et observé, du traitement médical, du traitement maritime ; rien aussi ne serait plus loin de la vérité que d'affirmer la fréquence des cas de guérison spontanée, même avec ces précautions d'ordre médical.

Autant il est vrai que les abcès symptomatiques du mal de Pott et de la coxalgie peuvent, quels que soient leur volume et même leur disposition anatomique, se résorber sous l'influence du repos, sans aucune intervention opératoire, autant il serait funeste dans la pratique de tirer de ce genre de succès une règle générale de conduite.

La résorption spontanée des abcès par congestion, si elle est bien réelle, et nous n'en doutons pas, doit être considérée comme une exception. Quelques médecins sont allés jusqu'à dire que « la guérison spontanée des abcès du mal de Pott ou de la coxalgie est moins rare qu'on ne le pense ». Personne n'a pu nier qu'elle ne fût rare et l'observation de chaque jour enseigne qu'elle est exceptionnelle.

Il s'ensuit que, d'une manière générale, on ne doit pas compter sur les effets thérapeutiques des moyens d'ordre médical, en général ils sont inefficaces : telle est la règle.

C'est à cette règle, et non aux exceptions qu'elle comporte, qu'il convient, à notre avis, de conformer la direction du traitement.

Sans aucun doute, il faut prescrire le repos, les mesures hygiéniques et le traitement médical. On peut en attendre un certain temps les résultats lorsque le cas n'est pas urgent ; mais ces mesures constituent très généralement un traitement préparatoire.

L'embarras du chirurgien est augmenté par ce fait que toute donnée positive lui fait défaut pour distinguer dans une collection d'abcès symptomatiques du mal de Pott ou de la coxatuberculose, quels sont ceux qui doivent se résorber et ceux qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent aboutir à une fistule. On a vu parfois un volumineux abcès de la fosse iliaque interne, avec prolongement dans la racine de la cuisse, guérir sans intervention ; nombre d'auteurs rapportent ces cas exceptionnels avec une évidente satisfaction.

Ce que l'on voit moins, dans les auteurs, c'est le tableau peu consolant des malades très nombreux dont l'abcès augmente progressivement de volume et devient superficiel, malgré les

efforts du traitement médical. L'attente du succès peut être fort longue. Chez un malade mis dans de bonnes conditions, un abcès, petit ou moyen, reste assez souvent stationnaire durant plusieurs mois, nous pouvons même dire durant un ou deux ans. La terminaison est incertaine pendant cette longue période, car la collection, qui n'a pas paru se modifier pendant cette expectation prolongée, peut sans doute aboutir à une guérison très lente, c'est à notre avis l'exception ; il arrive généralement au contraire qu'une aggravation, dont la cause occasionnelle est difficile à déterminer, vient à imposer une intervention tardive qu'il y aurait eu avantage à pratiquer plus tôt. Nous avons sous les yeux un jeune garçon chez lequel un abcès de la fosse iliaque, symptomatique d'un mal de Pott lombaire, a été reconnu il y a près de deux ans. Cet enfant, dont l'état général n'est pas mauvais, qui cependant est toujours resté pâle, comme la plupart des porteurs d'abcès par congestion, a toujours été maintenu couché sur le dos (obs. XC). Il y a quelques semaines seulement, sans circonstance occasionnelle spéciale, l'abcès a pris un développement plus marqué. Jusque-là, sa situation profonde, près du promontoire, et son faible volume, rendaient la ponction difficile et hasardeuse. Au bout de deux ans d'un traitement expectant par nécessité, nous avons été amené à un traitement actif par la méthode des injections modificatrices. La guérison si longtemps attendue est déjà le résultat de notre intervention au bout de deux mois. Si les injections avaient pu être pratiquées plus tôt, comme il serait arrivé si l'abcès avait été superficiel, n'y eût-il pas eu intérêt à le faire ?

Nous insistons sur ce fait, qu'en présence de l'abcès symptomatique, quelque petit qu'il soit, on ne peut en général prévoir le résultat de l'expectation, aucun signe tiré soit de l'examen de la maladie locale, soit de l'état général du sujet, n'a été jusqu'ici

indiqué par les auteurs, comme une indication du pronostic éloigné ; on s'exposerait à de fréquentes erreurs, si l'on se fiait à la belle apparence du malade qui peut avoir parfois conservé son embonpoint et son teint frais, pour en déduire la certitude ou même la probabilité de la guérison. Un certain nombre de faits nous ont servi de leçon à cet égard.

Sur cette question, des indications thérapeutiques propres aux abcès du mal de Pott et de la coxo-tuberculose, l'opinion de notre maître, M. Ménard, à qui l'hôpital maritime fournit un large champ d'observations, puisqu'il a constamment sous les yeux une centaine de coxalgies et autant de maux de Pott, peut être résumée de la manière suivante :

Si l'abcès symptomatique est volumineux et superficiel, aucune hésitation, on doit intervenir.

Lorsque l'abcès de petit ou de moyen volume peut être atteint facilement et sans danger, il convient d'intervenir, l'expectation donnant une trop faible proportion de guérisons spontanées.

Dans les cas où l'on a découvert une collection trop petite, trop profonde ou anatomiquement trop mal située, dans le voisinage immédiat d'un organe qu'il importe de respecter, on est obligé d'attendre les résultats d'une thérapeutique expectante comprenant le repos et le traitement médical.

Dès que la ponction et l'injection deviennent praticables, par suite du développement de l'abcès, on doit y recourir, au lieu d'espérer que l'affection, après une période d'aggravation, en viendra à rétrograder.

Avec les moyens dont la thérapeutique dispose actuellement il n'est plus permis de rester inactif en présence d'un abcès tuberculeux qui, abandonné à lui-même, peut rester longtemps stationnaire, a peu de chance de guérir et en a beaucoup de devenir fistuleux.

CHAPITRE II

Technique opératoire.

SOMMAIRE. — Instruments et appareils. — Trois temps : Ponction, son siège ; ponction, ses difficultés. — Evacuation. — Injection, quantité du liquide injecté. — Nombre et intervalles des ponctions et des injections.

Lorsque M. Ménard a publié au Congrès de chirurgie de Lyon, en septembre 1894, les résultats que lui donnent les injections de naphtol camphré dans le traitement des abcès du mal de Pott et de la coxalgie, un chirurgien étranger, fort distingué, lui avait fait l'objection suivante : « Vous avez des succès avec le naphtol camphré dans les abcès tuberculeux, cela tient beaucoup à la façon de s'en servir ».

Cette objection s'adresse non seulement au naphtol camphré mais encore aux nombreux liquides modificateurs employés depuis quelques années. Avec tous, en effet, on a signalé des cas de guérison ; avec beaucoup on a eu des insuccès ; quelques-uns mêmes ont déterminé de graves accidents.

Les injections naphtolées ne sont pas à l'abri de tout reproche, mais nous sommes convaincu que, lorsqu'elles sont bien faites elles donnent des résultats extrêmement satisfaisants.

Comme le succès de la méthode dépend presque exclusivement

(1) M. MÉNARD. — Traitement des abcès tuberculeux du mal de Pott et de la coxotuberculose par les injections de naphtol camphré, congrès de chirurgie de Lyon, septembre 1894. — Extrait de la *Médecine infantile*, 14 février 1895.

du manuel opératoire nous insisterons, un peu longuement peut-être, sur ce chapitre, ce qui nous permettra d'exposer plusieurs petits détails dont la connaissance nous paraît indispensable à la réussite de l'intervention.

§ 1. — Instruments et appareils.

Pour faire une ponction nous nous servons de l'appareil Potain avec une disposition spéciale adoptée par M. Ménard.

L'appareil ainsi modifié comprend :

- 1° Des instruments ;
- 2° Un appareil de lavage ;
- 3° Un appareil d'injection.

1° LES INSTRUMENTS. — Ils se composent d'une sonde mousse et de deux trocars qui ont chacun trois millimètres de diamètre : l'un est droit, l'autre est muni d'un robinet et d'un ajutage. Nous avons choisi de préférence un calibre un peu volumineux parce qu'un instrument plus fin se laisse trop facilement obstruer par les grumeaux purulents ou caséeux.

Les trois objets, la sonde mousse et les deux trocars, sont renfermés dans une boîte nickelée qui permet de les porter à l'étuve chaque fois que l'on veut s'en servir.

2° L'APPAREIL DE LAVAGE consiste en un flacon gradué, d'un litre de capacité, dans lequel on met une solution boriquée à 40/1000. Il est fermé à l'aide d'un bouchon de l'appareil Potain. Un tube en caoutchouc solidement fixé au flacon d'un côté, et de l'autre, terminé par un bout métallique, le relie au trocart. Un deuxième tube le met en communication directe avec le corps de pompe.

3° L'APPAREIL D'INJECTION se compose également d'un flacon

gradué, muni comme le précédent d'un ajutage à double tubulure et de deux tubes, dont l'un, en caoutchouc, le relie au trocart, l'autre (celui de l'appareil à lavage) le fait communiquer avec la pompe.

Ce flacon contient le naphthol camphré.

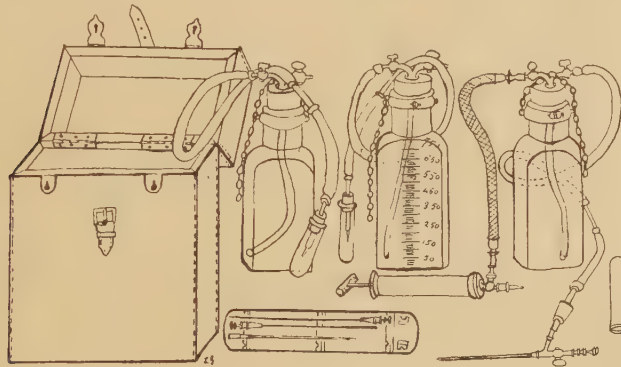


Fig. 1.

Les différents objets que nous venons de décrire : instruments, flacons gradués, pompe de l'appareil Potain et autres accessoires, sont eux-mêmes renfermés dans une boîte cloisonnée, de volume relativement petit, ce qui rend l'appareil à ponction très portable.

La disposition de l'appareil connue, nous passons au manuel opératoire.

§ 2. — Manuel opératoire.

Le manuel opératoire comprend trois temps :

- 1° La ponction, et évacuation ;
- 2° Le lavage ;
- 3° L'injection modificatrice.

1° Ponction. — L'enfant, que l'on doit ponctionner, sera couché sur un lit, largement découvert, avec une alèze pliée en quatre sous lui.

L'opérateur se mettra toujours à son aise et fera prendre au malade la position qui lui semble la plus favorable pour arriver directement sur l'abcès.

Pour évacuer une collection qui siège dans la fosse iliaque droite ou gauche, dans le triangle de Scarpa, à la partie supéro-externe de la cuisse ou dans les adducteurs mêmes, on maintient le petit malade couché sur le dos, les deux jambes allongées sur le plan du lit ; de plus, pour l'abcès de la région des adducteurs, il convient de fléchir la jambe du côté sain et de la porter dans une légère abduction afin de donner plus de place pour enfoncer le trocart.

Si l'abcès occupe la fesse ou bien encore les régions lombaires, dorsale ou cervicale, il faut coucher l'enfant sur le ventre, les deux bras écartés du tronc, avec un oreiller qui soulève la partie supérieure de la poitrine.

Après avoir pris ces premières précautions on procède à l'asepsie de la région que l'on veut ponctionner à l'aide d'un lavage au savon d'abord, au sublimé au 1/1000 ensuite.

Les mains elles-mêmes sont soigneusement lavées, et les instruments, préalablement stérilisés, sont placés dans une solution phéniquée au 1/40.

Une dernière fois on s'assure exactement du volume de l'abcès, de son étendue, de sa consistance, puis saisissant le trocart de la main droite et fixant la poche de la main gauche, on pénètre lentement dans le foyer en traversant successivement la peau, le tissu cellulaire et les couches sous-jacentes. Un aide maintient les bras et les jambes de l'enfant. Si la collection est profonde, peu volu-

mineuse, inspire en un mot quelques craintes pour la ponction, il est préférable de déprimer d'abord fortement la paroi abdominale afin de bien délimiter l'abcès.

Il n'est pas toujours facile, lorsque l'on ponctionne un abcès (surtout s'il s'agit d'un abcès iliaque) d'affirmer que le trocart est bien dans le foyer tuberculeux. Si le contenu de la poche est liquide, on en a la démonstration immédiate, il suffit de retirer l'aiguille et le liquide s'écoule aussitôt au dehors ; mais si le contenu est demi solide, ou si un grumeau obstrue l'œil de la sonde, la collection ne s'évacue pas.

La simple observation, basée sur la pratique opératoire, nous permet de dire que l'on a pénétré dans le foyer symptomatique. La peau, les tissus sous-jacents offrent au trocart une consistance uniforme ; dès que la paroi tuberculeuse est franchie, non seulement on sent un ressaut caractéristique, mais la résistance opposée par les différents plans anatomiques cesse brusquement ; de plus, en imprimant de légers mouvements de latéralité à la sonde, on constate nettement que son extrémité profonde, celle qui est en contact direct avec le foyer, se meut librement dans une certaine étendue.

Nous avons dit qu'il faut aller lentement à la recherche de l'abcès. Nous ajouterons même qu'il faut ponctionner sans à coup, ni précipitation.

Ce détail, peu intéressant, lorsque l'on est en présence d'un foyer tuberculeux de la région fessière, lombaire ou antéro-externe de la cuisse, acquiert au contraire une très grande valeur s'il s'agit d'une collection développée dans le voisinage d'organes importants tels que le péritoine, les vaisseaux iliaques ou fémoraux, leur blessure pourrait occasionner de graves accidents : nous avons relevé deux cas où la pique du trocart a intéressé un

vaisseau de la paroi abdominale et où une hémorrhagie assez abondante est venue compliquer l'intervention. Enfin une ponction, faite avec précipitation, expose à traverser de part en part le foyer de l'abcès, ce qui est toujours fâcheux.

Du siège de la ponction. — Toutes les fois qu'on le peut, il faut ponctionner l'abcès dans sa partie déclive, cela est vrai pour les abcès fessiers, lombaires, sous-épineux, adducteurs même. Il n'en est plus de même pour les abcès iliaques : ces derniers ont un siège d'élection que l'on ne doit pas ignorer et de plus ils viennent toujours se loger dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, condition heureuse, puisque là est précisément le point le plus favorable pour la ponction.

On n'a jamais d'accident si l'on ponctionne tout près de l'épine iliaque antérieure et supérieure et en outre on pénètre presque toujours sûrement dans le foyer de l'abcès. Notre maître, M. Ménard attire sans cesse notre attention sur cette particularité : « Quand vous ponctionnez un abcès de la fosse iliaque, ne vous écartez jamais de l'épine iliaque antéro-supérieure, restez toujours dans son voisinage, ne l'oubliez pas ». Aussi dans la pratique faut-il ériger en loi ce principe et dire :

Quand on évacue une collection iliaque, on ne doit jamais enfoncer la pointe du trocart à plus de un centimètre de l'épine iliaque antéro-supérieure. C'est pour n'avoir pas observé ce principe que deux fois on a blessé un vaisseau important de la région et qu'un accident, d'une certaine gravité, est venu compliquer cette opération, si inoffensive d'ordinaire à tous les points de vue. Dans les deux cas, la ponction a été suivie d'une hémorrhagie rapide et assez abondante pour remplir et distendre la cavité de l'abcès, amener la pâleur du visage et une extrême petitesse du pouls. Une nouvelle évacuation, faite trois semaines plus tard,

a retiré le contenu de la poche, mélange de sang noir et de produits tuberculeux. La présence du sang dans l'abcès n'a offert aucun inconvénient au point de vue du traitement local. Il semble plutôt que son influence ait été jusqu'à un certain point favorable, car dans les deux cas l'abcès n'a pas tardé à guérir sans intervention nouvelle (obs. LII et LIII). Une masse solide, résultant sans doute de l'infiltration des parties molles voisines par du sang, a longtemps persisté dans la fosse iliaque.

Ce n'est pas le seul accident que nous ayons eu à noter à la suite d'une ponction iliaque, non pratiquée au siège d'élection. Outre des symptômes de péritonite, observés une seule fois du reste, et qui n'ont présenté aucune gravité, nous avons pu constater à différentes reprises des abcès sous-cutanés, localisés dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Ces abcès développés dans le trajet du trocart forment une tumeur mobile, en général peu volumineuse, superficielle, et de consistance quelquefois très dure.

Un jeune garçon de 5 ans, Besn..., a un abcès dans la fosse iliaque gauche, symptomatique d'un mal de Pott dorsal. Une première ponction retire une grande quantité de liquide blanc laiteux. L'état général est peu satisfaisant, pâleur, amaigrissement, perte d'appétit. La collection se reproduit très lentement. Une deuxième ponction, faite deux mois plus tard, pratiquée dans le voisinage immédiat de l'arcade fémorale, à deux centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, est suivie de la production d'une tumeur mobile, dure, superficielle, allongée dans le sens de l'arcade de Fallope. La petite masse, restée stationnaire pendant plusieurs semaines, a augmenté de volume, puis est devenue nettement fluctuante. Le 13 février 1895, c'est-à-dire près de quatre mois après la première intervention, M. Ménard a évacué le contenu de l'abcès et a retiré soixante grammes environ d'un liquide

couleur chocolat et filant. Après avoir lavé le foyer avec la solution boriquée et injecté quelques grammes de naphtol camphré, on a refermé la plaie du trocart avec un pansement occlusif. La collection ne s'est pas reproduite.

Même faute opératoire commise chez une fillette de huit ans, atteinte d'un mal de Pott lombaire avec abcès symptomatique dans la fosse iliaque, suivie d'un accès sous-cutané également développé dans le trajet du trocart.

Nous pourrions multiplier les exemples, et l'on verrait que le traitement de ces collections est en somme bénin et que leur marche diffère peu de celle des autres abcès : toutefois, en raison de leur siège, elles ont une tendance assez grande à devenir fistuleuses, il faut donc les observer avec la plus grande attention et ne jamais attendre pour intervenir que la peau soit mince et tendue, de plus il ne faut jamais fonctionner directement sur le foyer lui-même, on l'évacue par une ponction oblique.

Etat de la peau au niveau de l'abcès. — Ce petit détail a une certaine importance pour la réussite de la ponction et doit entrer en ligne de compte dans le manuel opératoire.

On ne ponctionnera pas une paroi rouge et luisante, soulevée par une collection symptomatique : la plaie du trocart resterait fistuleuse. On enfoncera l'instrument dans les tissus sains et on dirigera la pointe vers le contenu de l'abcès. Il en sera de même toutes les fois que la région malade sera empâtée, tuméfiée : il y a certainement tout avantage à enfoncer le trocart à une petite distance de la zone inflammatoire.

Nous avons observé chez plusieurs sujets anémiés, très maigres, de vastes collections symptomatiques d'un mal de Pott ou d'une coxalgie, devenues sous-cutanées, et recouvertes par une peau flasque, sèche, de teinte terreuse. La ponction pratiquée au ni-

veau même du foyer laisse une ouverture béante triangulaire, de mauvaise augure, on referme la plaie du trocart par un pansement occlusif, mais le liquide se reproduit, soulève le collodion et l'écoule au dehors : on a une fistule. Dans ces cas encore, on doit toujours ponctionner à une petite distance de la collection.

Evacuation. — Lorsque le trocart a pénétré dans le foyer tuberculeux deux cas peuvent se présenter :

1° Le liquide s'écoule facilement au dehors, telle est la règle presque habituelle, et la ponction s'effectue en quelques instants ;

2° Le liquide s'écoule difficilement et la ponction nécessite plusieurs petites interventions :

1° Lorsque le foyer tuberculeux se vide avec facilité, il suffit de maintenir le trocart d'une main pour empêcher qu'il ne sorte de la cavité, et d'attendre que le contenu soit totalement évacué. Le liquide s'écoule seul, sans aspiration, nous n'y avons jamais recours ; il est utile, toutefois, d'exercer de légères pressions au niveau de la collection pour faciliter la sortie des produits tuberculeux et exprimer en quelque sorte la cavité de l'abcès.

2° Si le contenu de l'abcès se vide mal on prend la sonde mousse et on l'introduit dans le trocart : sa présence suffit le plus souvent pour déplacer les grumeaux qui s'opposent à la sortie du pus.

Si le liquide ne s'écoule pas au dehors, on introduit de nouveau la sonde mousse dans la gaine du trocart et on lui imprime des mouvements divers tels que mouvements de va-et-vient, de rotation, de vrille. Quelquefois enfin on ne réussit à libérer le trocart qu'en frappant avec la sonde plusieurs petits coups secs.

On est parfois obligé de recommencer cette manœuvre plusieurs fois de suite, les produits tuberculeux faisant office de soupape.

Lorsque ce procédé échoue on pousse dans la cavité de l'abcès

une injection brusque d'eau boriquée et l'obstacle cesse presque toujours.

Enfin, si en dépit de l'introduction de la sonde et de ses mouvements variés, en dépit de l'injection brusque d'eau boriquée, le contenu de l'abcès ne s'évacue pas, on retire complètement le trocart et l'on recommence la ponction le lendemain ou les jours suivants ; elle réussit toujours.

Des principales causes qui s'opposent à l'écoulement du pus.

— L'évacuation imparfaite du foyer tuberculeux peut tenir à plusieurs causes.

1° Le trocart est mal placé, il butte sur l'une des parois de l'abcès.

Il suffit, dans ce cas, de déplacer son extrémité inférieure ou profonde et de la porter dans une autre direction, le liquide s'écoule aussitôt au dehors.

2° L'aiguille a bien perforé la paroi de l'abcès mais n'a pas été enfoncée assez profondément ; la gaine du trocart reste accolée à la paroi sans la traverser.

Le trocart étant maintenu en place, on réintroduit l'aiguille et l'on va à la recherche de la collection en traversant lentement les différents plans anatomiques, jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude presque absolue que l'on est dans le foyer ; ressaut du trocart, cessation brusque de toute résistance, etc.

3° On a ponctionné avec à coup et précipitation et l'on a traversé de part en part la collection.

Dans ce cas, on retire le trocart avec lenteur, jusqu'à ce que le pus apparaisse au dehors.

4° L'aiguille a été enfoncée dans la cavité de l'abcès, mais l'enfant a fait un mouvement intempestif et le trocart a quitté le foyer.

Il faut recommencer la ponction.

5° Il arrive quelquefois que les évacuations du foyer tuberculeux, répétées trop fréquemment, irritent la peau et les tissus sous-jacents et déterminent de l'œdème de la région qui se traduit par une sensation de fausse fluctuation. L'abcès paraît volumineux, alors qu'en réalité il ne l'est pas, il est situé profondément. On le ponctionne, on enfonce le trocart à un, deux et même trois centimètres, le pus ne s'écoule pas. Si l'on réexamine la collection, on s'aperçoit que la fluctuation vraie est très profonde. Guidé par ce renseignement, et se tenant toujours à distance des vaisseaux importants de la région, on arrivera sûrement dans le foyer.

6° Quelquefois les débris tuberculeux de la paroi obstruent complètement le trocart, ils s'étirent en ficelle, apparaissent au dehors, puis finalement forment un bouchon compact.

On peut retirer le trocart et reponctionner séance tenante si l'on craint d'être mal engagé ; mais le mieux est d'injecter de suite quelques gouttes de naphthol camphré dans la cavité et d'attendre un jour ou deux avant d'évacuer la collection. Le naphthol se mélange intimement avec les débris de matière tuberculeuse, en dissocie les parties solides ; on a donc beaucoup de chance pour que la ponction suivante se fasse très régulièrement.

7° Enfin le trocart s'engage dans une masse solide.

Nous en avons observé deux cas à l'hôpital maritime. Dans un cas, le diagnostic a été confirmé par l'intervention chirurgicale.

2° Lavage de l'abcès ou deuxième temps du manuel opératoire. — L'évacuation du foyer tuberculeux achevée, on procède au deuxième temps de l'opération, le lavage de la cavité.

Après avoir installé sur le lit du malade l'appareil à lavage précédemment décrit et confié à un aide, la manœuvre de la

pompe foulante de l'appareil Potain, l'opérateur saisit avec la main droite le tube en caoutchouc, qui est solidement fixé au flacon gradué, introduit l'embout métallique dans le trocart lui-même, et presque aussitôt le liquide, contenu dans le flacon, pénètre dans le foyer tuberculeux.

On veillera à ce que l'air n'entre pas dans la collection, aussi avant d'injecter la cavité, laissera-t-on couler le liquide en dehors pendant quelques instants jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude presque absolue qu'il ne passe plus de bulles gazeuses à travers le petit disque interposé sur la longueur du tube en caoutchouc.

Il faut laver la cavité de l'abcès avec une solution antiseptique mais non toxique, il serait dangereux d'injecter une solution d'acide phénique ou de sublimé, c'est la raison pour laquelle nous employons un liquide inoffensif, la solution d'acide borique. Ce liquide n'a d'autre inconvénient que de produire un léger picotement au moment même où il pénètre dans le foyer de l'abcès. Ce fait tient sans doute à ce que la solution que l'on injecte est froide, mais nous continuons à nous servir du même procédé parce qu'il nous réussit fort bien.

On doit faire l'injection toujours lentement, sans précipitation et veiller à ce que la paroi soit modérément tendue. Il est utile aussi d'appliquer une main au niveau de la collection pour suivre son augmentation de volume et arrêter à temps l'entrée du liquide dans le foyer.

La première injection faite, on malaxe légèrement la région de l'abcès et l'on fait ressortir immédiatement le contenu. Cette manœuvre est répétée plusieurs fois, jusqu'à ce que la solution, qui revient d'abord mélangée d'une grande quantité de débris de matière tuberculeuse, reste à peu près transparente. Cela revient

à dire que le nombre des injections n'est pas limité et que l'on peut les renouveler, quatre, dix, douze et même quinze fois de suite.

On reconnaît qu'il faut cesser les lavages de la cavité lorsque le liquide injecté sort clair ou légèrement coloré ou bien encore lorsqu'il est sanguinolent.

Le lavage de l'abcès se fait en général facilement et ne présente aucune difficulté. Il peut arriver cependant que l'on se trouve aux prises avec quelques-unes des complications que nous avons signalées pour l'évacuation du foyer tuberculeux.

Plusieurs fois nous avons introduit une certaine quantité de solution boriquée dans un foyer tuberculeux et nous ne l'avons retirée qu'avec la plus grande difficulté. Ce fait se produit chaque fois que l'on se trouve en présence d'un abcès à contenu demi-solide, sur lequel il a déjà fallu exercer une pression extérieure assez forte pour arriver à ne l'évacuer qu'imparfaitement. Si l'on pousse une injection d'acide borique dans cette cavité, le liquide revient d'abord facilement, en un gros jet, puis s'arrête brusquement : un grumeau est venu obstruer l'extrémité profonde du trocart.

D'autrefois le grumeau se déplace momentanément, soit que l'on ait eu recours aux injections brusques, soit qu'il ait été repoussé avec la sonde mousse, le contenu de l'abcès s'écoule alors par intermittence.

Il peut arriver que les produits tuberculeux n'oblitérent qu'une partie du trocart et que le liquide s'écoule en un jet très fin, très mince, quelquefois même goutte à goutte.

Enfin ce sont des débris filamenteux qui remplissent la sonde et s'opposent à la sortie du liquide quoique l'on fasse. On retire le trocart et l'on voit un tourbillon qui s'engage progressivement dans l'orifice de la ponction.

3° Troisième temps de l'opération. Injection du liquide modificateur dans la cavité de l'abcès. — Après avoir ponctionné l'abcès et évacué sa cavité d'une façon aussi complète que possible, par les lavages successifs avec la solution boriquée, nous injectons le liquide modificateur, le naphtol camphré. Nous nous servons d'un appareil en tout semblable à celui du lavage, c'est-à-dire un flacon gradué à deux tubulures et la pompe foulante de l'appareil Potain.

Le manuel opératoire est le même.

Quantité de naphtol que l'on doit injecter. — Cette quantité varie entre 15 et 60 grammes, mais ne doit jamais dépasser le chiffre 60 quelque volumineux que soit le foyer de l'abcès : il suffit de quelques grammes de naphtol injecté dans une cavité pour amener la transformation presque immédiate de la paroi tuberculeuse. Nous avons adopté le principe suivant. Lorsque un abcès se vide avec facilité, que le lavage n'offre lui-même aucune complication, nous faisons pénétrer dans le foyer une quantité déterminée de naphtol camphré et nous exerçons au niveau de la poche une légère pression ; ce qui permet au liquide modificateur de pénétrer dans les diverticules et les anfractuosités de la cavité. Quelques instants après nous laissons sortir par la canule du trocart la plus grande partie du liquide injecté pour qu'il n'en reste qu'une très petite quantité en contact avec la paroi.

Si le foyer se vide mal, si après avoir introduit une certaine quantité de la solution boriquée, on éprouve une grande difficulté pour le retirer complètement, nous n'injectons que la quantité exacte de liquide que nous désirons laisser à demeure dans ce foyer.

Si nous insistons sur ce détail, c'est qu'il a une importance de

premier ordre. Le naphtol camphré est un antiseptique puissant et, comme tous les antiseptiques, il est un agent toxique. Il donne d'excellents résultats; mais à la condition absolue de ne l'employer que d'une façon méthodique et à des doses extrêmement réservées. La quantité de naphtol qui doit être injectée chaque fois sera déterminée non seulement par le volume de l'abcès mais encore par l'état général du sujet. A volume égal un abcès devra être traité avec des précautions différentes selon qu'il appartient à un enfant assez vigoureux ou bien à un enfant misérable ou de constitution très faible. Le premier malade supportera très bien une injection de 50 grammes de naphtol camphré, tandis que le second peut présenter des symptômes d'intoxication légère avec 30 grammes, 20 grammes même. De plus, il faut se rappeler que certains malades ont une puissance d'absorption très grande et s'intoxiquent avec tous les antiseptiques. Un jeune garçon de 7 ans a présenté des symptômes d'empoisonnement après des injections de sublimé au 1/1000, des injections phéniquées au 1/20, au 1/40 et des injections naphtolées. Nous avons même observé du purpura chez une fillette de 8 ans, à la suite d'un simple pansement de gaze iodoformée sur une plaie au pied.

Comme il est impossible de prévoir le degré de tolérance des malades pour les injections modificatrices, il faut toujours procéder avec une très grande prudence et ne jamais injecter plus de 60 grammes de naphtol camphré dans un foyer, quelque volumineuse que puisse être la collection. Nous avouerons que ce n'est pas sans un certain effroi que nous avons appris que l'on ait pu mettre 300 grammes de ce liquide dans un abcès, où l'on avait retiré 3 litres de pus, dans le but d'amener promptement une guérison, alors que tous les autres liquides modificateurs avaient échoué.

§ 3. — **Nombre et intervalles des ponctions
et des injections.**

On verra en parcourant notre statistique et nos observations que chez plusieurs de nos malades nous avons dû pratiquer un assez grand nombre d'injections modificatrices. On nous objectera certainement qu'un mode de traitement qui doit se renouveler, cinq, six, huit, dix et quinze fois même soutient difficilement la comparaison avec la méthode des interventions sanglantes, le curettage de l'abcès. Le moment n'est pas encore venu de discuter les avantages et les inconvénients des deux méthodes, nous dirons ici que dans la plupart des cas que nous mentionnons, nous avons commis une faute opératoire, nous avons répété trop souvent les injections modificatrices. L'indication de l'intervention ne repose pas uniquement sur la reproduction même rapide du liquide ; il arrive souvent en effet que la collection se reforme très vite après l'injection, la paroi se distend ; si l'on n'était guidé par ce seul symptôme on reponctionnerait immédiatement la tumeur. C'est ainsi que chez l'enfant Charles L... (obs. XXII) atteint d'une coxalgie gauche avec un abcès sous-épineux symptomatique, nous avons pratiqué 18 ponctions en 4 mois ; les 3 et 20 novembre 1893 ; le 15 décembre ; les 8 et 23 janvier 1894 ; les 3, 11, 15, 17, 19, 20, 22, 24, 27 février ; les 1^{er}, 4, 6, 9 mars 1894. Nous pourrions multiplier les exemples.

Plusieurs fois déjà notre maître, M. Ménard, avait attiré notre attention sur ce point et nous avait fait observer que nous faisons trop de ponctions. Il fallait un exemple pour nous rendre à l'évidence.

Un jeune garçon, âgé de 8 ans et demi, Emile Spon... (obs. V)

rentre à l'hôpital maritime avec une coxalgie gauche. Nous constatons peu de temps après son arrivée, un abcès dans la fesse, assez volumineux, situé immédiatement derrière le grand trochanter. On fait une première ponction le 24 septembre 1894, une deuxième le 4 octobre. La fesse devient rouge, tendue, et légèrement douloureuse à la pression. Comme la collection paraît avoir nettement augmenté de volume, nous l'évacuons pour la troisième fois, le 13 octobre. La ponction retire environ 80 grammes d'un liquide sanguinolent. Nous injectons de nouveau 30 grammes de naphtol camphré et refermons la plaie du trocart par un pansement occlusif. La tuméfaction augmente encore, 4 jours après toute la région fessière est extrêmement empâtée et douloureuse, l'orifice de la dernière ponction, mal cicatrisé, donne issue à quelques gouttes de sérosité. Nous le refermons avec du collodion, et le 17 octobre, nous faisons une quatrième ponction. Nous injectons de nouveau dans la cavité de l'abcès 20 grammes de naphtol camphré. La tuméfaction persiste encore pendant quelques jours, mais nous ne touchons plus à la collection. Le 15 novembre, lorsque nous revoyons l'enfant, non seulement l'œdème et la rougeur de la région avaient disparu, mais la tumeur était difficilement perceptible. Le 30 novembre nous ne trouvions plus qu'une zone d'induration comme dernier vestige de la collection.

Nous voyons, par cet exemple, que le contenu de l'abcès a cessé de se reproduire et que la tuméfaction locale a disparu le jour où nous avons interrompu les injections modificatrices.

Nous avons observé un fait semblable chez une jeune fille de trois ans, atteinte d'une coxalgie droite avec un petit abcès, du volume d'une mandarine, situé derrière le grand trochanter (Obs. XXXIII). Les trois premières ponctions, faites à peu de

jours d'intervalle, ont déterminé une irritation locale très vive avec rougeur, gonflement, douleur; et amené en outre la production d'un liquide sanguinolent. Ces symptômes se sont amendés le jour où l'on a cessé les injections naphtolées.

Même constatation chez un jeune garçon de neuf ans entré à l'hôpital maritime avec un mal de Pott dorsal et une coxalgie droite. Un abcès symptomatique du mal de Pott vient faire saillie à la partie supéro-externe de la cuisse; il est sous-cutané, volumineux, allongé dans le sens vertical, mesure 12 centimètres de longueur sur 7 de largeur. Nous faisons quatre ponctions les 3, 7, 11 et 15 septembre. Le liquide se reforme avec une extrême rapidité chaque fois. Le 25 septembre, nous faisons monter l'appareil à ponction dans l'infirmerie, persuadée que l'abcès est très tendue et menace de s'ouvrir. Nous ne l'avons pas revu depuis la dernière ponction. Dans ce cas encore nous avons constaté que la tumeur était réduite au volume d'une noix; elle a du reste complètement disparu, sans autre intervention.

Nous ne ferons pas allusion aux nombreuses fistules temporaires que nous avons créées en répétant trop souvent les ponctions et injections modificatrices, les observations VIII, XXVI, LIV, en sont des preuves manifestes.

Ces exemples nous démontrent qu'il y a pour chaque abcès un degré d'excitation de la paroi qu'il ne faut pas dépasser. C'est pour atteindre ce but que nous cessons à un moment donné les injections naphtolées et que nous faisons seulement des lavages répétés de la cavité avec la solution boricuée.

Nous avons vu plusieurs abcès, en traitement depuis un certain temps, cesser de se reproduire après cette simple modification apportée dans la technique opératoire.

Rib..., fille de 9 ans (obs. LXI), a un mal de Pott dorsal avec un

volumineux abcès dans chaque fosse iliaque. Les deux collections communiquent ensemble. Nous faisons cinq ponctions les 5, 12, 21 décembre et les 5 et 23 janvier. Le liquide se reproduit. Le 6 février nous évacuons de nouveau le foyer tuberculeux et, après avoir lavé la cavité avec la solution d'acide borique, nous refermons l'orifice de la ponction par un pansement collodionné, sans injecter de naphтол camphré. Le 10 février, la palpation des deux fosses iliaques ne révèle plus de fluctuation. Le 6 mars, la fosse iliaque droite est complètement libre, un léger épaissement persiste seul dans la fosse iliaque gauche.

Dum..., garçon de 12 ans 1/2 (obs. XCI) arrive à l'hôpital pour un mal de Pott lombaire avec un gros abcès symptomatique dans la fosse iliaque gauche. Quatre ponctions sont pratiquées du 22 décembre au 5 février et donnent 150, 100, 90 et 70 grammes de liquide. La collection se reproduit à la suite de la dernière évacuation, le 5 février. On fait une sixième ponction le 21 février sans injecter de naphтол camphré dans la cavité de l'abcès. Le contenu cesse de se reformer. Le 10 mars, nous ne constatons qu'un très léger épaissement des tissus dans la fosse iliaque gauche, il n'y a plus trace de fluctuation.

Rob... (obs. LXXXIV) vient à Berck avec un mal de Pott dorsal inférieur et un volumineux abcès qui occupe la fosse iliaque droite et le triangle de Scarpa. Nous faisons six ponctions en deux mois. La première ponction retire 600 grammes ; la 2^e, 230 ; la 3^e, 120 ; la 4^e, 280 ; la 5^e, 150 ; la 6^e, 250 grammes. Une septième ponction pratiquée le 16 janvier donne environ 200 grammes de liquide blanchâtre. Nous n'injectons pas de naphтол camphré dans le foyer, nous faisons des lavages seuls avec la solution boriquée. La collection ne s'est pas produite.

Barth..., garçon de 9 ans et demi (obs. XCIII) a un mal de

Pott dorso-lombaire avec un gros abcès qui remplit toute la fosse iliaque droite.

Nous le ponctionnons huit fois, les 3, 10, 23 novembre ; les 5, 12, 22 décembre et le 2 janvier. La collection se reforme assez vite ; une nouvelle ponction, faite le 16 janvier, sans injection de naphтол camphré, retire 330 grammes de liquide jaunâtre. Le 10 février, le gonflement de la fosse iliaque a beaucoup diminué, une tumeur molle persiste, mais il est impossible de pouvoir affirmer s'il existe encore du pus. L'abcès n'a plus été ponctionné.

Nous pourrions multiplier les observations d'abcès guéris par ce procédé. Nous concluerons en disant, qu'il faut espacer le plus possible la date des ponctions : un abcès doit être évacué en moyenne tous les dix à douze jours. Si le liquide se reproduit avec une très grande rapidité, il faut à un moment donné, cesser d'exciter la paroi, supprimer l'injection modificatrice et se contenter de faire des lavages successifs avec la solution d'acide borique à 10/1000.

CHAPITRE III

Action du naphтол camphré sur l'abcès tuberculeux.

SOMMAIRE. — Absence de douleur et de gonflement. Modifications du contenu de l'abcès : qualité et quantité. Modifications de la paroi.
Défaut d'action locale antituberculeuse du naphтол camphré. Inoculation du contenu de l'abcès avant les injections, après une ou plusieurs injections.

I. — Absence de douleur et de gonflement. — Les injections de naphтол camphré dans la cavité de l'abcès ne sont nullement douloureuses. Le fait a déjà été signalé par MM. Perier et Reboul (thèse doctorat, Paris, 1890). « M. Perier et nous-même avons fait fréquemment des injections de naphтол camphré, dans les articulations, les os, les synoviales tendineuses, les abcès froids, la plèvre, l'utérus. Ces injections ne sont pas du tout douloureuses et ne déterminent pas d'accidents locaux ».

Nous-même, nous avons pu nous convaincre, par l'observation clinique de chaque jour, qu'aucune réaction extérieurement apparente, ne se développe à la suite de l'injection modificatrice ; l'introduction de la solution boriquée dans le foyer de l'abcès produit seule un léger picotement. L'orifice de la ponction refermée avec le collodion, l'enfant est souriant, mange de fort bon appétit, reprend ses jeux et n'éprouve dans la journée aucun malaise. L'opération elle-même ne fait guère éprouver au malade d'autre douleur que celle qui résulte de l'introduction du trocart.

Devant cette absence de réaction, aussi bien locale que géné-

rale, M. Ménard, dans la clientèle de la ville, a pris l'habitude, le jour de l'injection, non seulement d'autoriser, mais même de prescrire comme les autres jours la sortie de l'enfant et sa promenade sur la plage.

Pour éviter à l'enfant la douleur, et obvier à tout mouvement intempestif de l'articulation atteinte, on fait usage de deux appareils constamment usités à Berck.

On fixe l'enfant au moyen d'un petit corset sur le petit lit por-

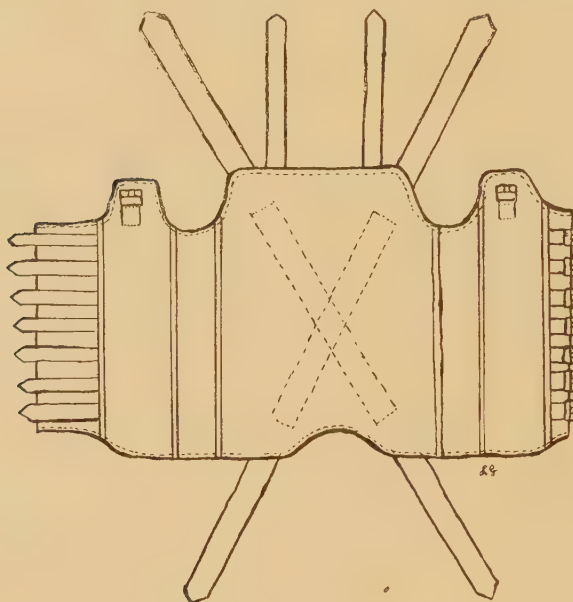


Fig. 2.

tatif qui permet ainsi de le transporter très facilement et sans secousse.

Les injections naphtolées ne sont pas douloureuses, de plus elles ne déterminent pas de gonflement de la cavité. En cela elles diffèrent complètement des injections d'éther iodoformée. En effet

dans ce traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformée, le symptôme prédominant est le gonflement immédiat de la cavité. « A peine l'injection est-elle poussée dans la cavité de l'abcès qu'on voit celle-ci se remplir en quelques instants et prendre des dimensions égales sinon supérieures à celle qu'elle offrait avant l'opération. La percussion explique le fait et démontre que la distension de la poche est due à la vaporisation soudaine de l'éther. Cette sonorité persiste quelquefois plusieurs jours, puis la collection redevient mate et tout rentre dans l'ordre » (1).

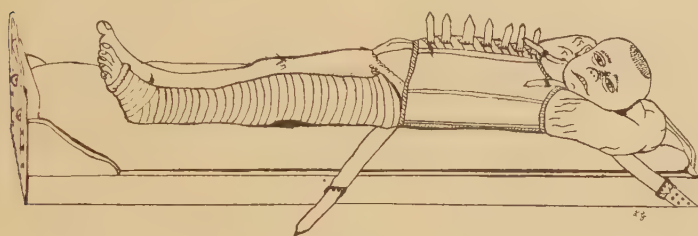


Fig. 3.

Les succès obtenus par les injections d'éther iodoformée, sont trop nombreux et trop connus pour insister sur ce mode de traitement. Cependant il faut dire que si, le plus souvent, la volatilisation brusque de l'éther dans la cavité de l'abcès se borne à produire une douleur peu intense et parfaitement supportable, dans quelques cas elle entraîne divers inconvénients. C'est ainsi que, à la suite d'une distension énorme de la poche, occasionnant une douleur intolérable on a dû faire sur le champ une seconde ponction pour permettre le dégagement immédiat des vapeurs d'éther. On a signalé la compression de la trachée, du larynx et des vaisseaux carotidiens après une injection d'éther iodoformé dans les ganglions cervicaux. Verchère, cite une ob-

(1) VERNEUIL, *Revue de Chirurgie*, 1885.

servation, où à la suite d'une injection dans un abcès de la fosse temporale, on vit se produire une infiltration considérable de vapeur d'éther dans le tissu cellulaire voisin, tout le péricrâne se décolla en quelques instants. On dut immédiatement introduire en différents points plusieurs aiguilles de Pravaz, par où l'éther s'échappa peu à peu.

Berger, Gérard Marchant, Reclus, Nélaton ont signalé des cas où l'injection d'éther iodoformé avait été suivie de la distension brusque de la poche et d'un sphacèle assez étendu de la peau.

Lannelongue a rapporté quatre observations où l'injection d'éther iodoformé a déterminé une réaction très vive avec tension et chaleur locale qui nécessitèrent l'incision de la poche.

Nous n'avons jamais rien noté de semblable à la suite des injections de naphтол camphré. Quelquefois seulement nous avons observé une tuméfaction de la région correspondant au siège de l'abcès, ce qui a fait croire à la reproduction du liquide. Cette tuméfaction est à la fois le résultat d'un traumatisme local et d'une excitation trop vive de la paroi tuberculeuse. On répète trop souvent les ponctions ; les plaies du trocart sont très rapprochées les unes des autres, quelque fois même l'orifice de la dernière ponction n'est pas encore tout à fait cicatrisé que l'on fait une nouvelle évacuation, en un mot on irrite les téguments ; de plus, comme à chaque nouvelle intervention on introduit une quantité nouvelle de liquide modificateur dans la cavité de l'abcès, la paroi réagit à son tour : telle est la double cause de la tuméfaction locale que l'on a pu constater, elle est toujours la conséquence d'une faute opératoire. L'injection de naphтол camphré, par elle-même, n'est jamais irritante, elle n'a qu'une action émulsive et dissolvante.

On doit donc non seulement espacer le nombre et la date des

ponctions, mais encore laisser toujours entre deux plaies un intervalle de peau saine suffisant pour permettre la cicatrisation facile des orifices des ponctions précédentes.

II. — Modifications du contenu de l'abcès : qualité et quantité. — Modifications de la paroi. — Un fait que nous avons toujours observé dans le traitement des abcès tuberculeux, symptomatiques d'une lésion osseuse, est la transformation intéressante que subit leur contenu, dès qu'une petite quantité de naphtol camphré a été injecté dans le foyer même de l'abcès. Le naphtol se mélange intimement avec les produits tuberculeux, en dissocie les parties solides et donne naissance à une émulsion de couleur grise.

Après un certain nombre de ponctions et d'injections modificatrices, qui varie avec chaque sujet, les débris tuberculeux, ne se reproduisent plus, le pus s'écoule sans difficulté par la canule du trocart et on retire un liquide transparent, citrin, filant comme de la synovie ou de l'huile. Ce liquide a une odeur camphrée très nette, ce qui démontre que le naphtol camphré n'a subi qu'une résorption lente et partielle.

« L'apparition d'un contenu filant et limpide est d'un présage heureux ; elle annonce une guérison prochaine, mais cette guérison survient aussi souvent directement après l'issue d'un liquide complètement opaque et chargé de parties solides ».

En même temps que le contenu de l'abcès change d'aspect il diminue peu à peu de quantité.

A ce point de vue nous distinguerons plusieurs variétés d'abcès.

Dans la première variété, qui est de beaucoup la plus fréquente, on évacue d'abord l'abcès tous les huit à dix jours. Après un certain nombre de ponctions, le liquide se reproduit plus lentement,

on espace la date des ponctions et on ne vide la collection que tous les quinze jours, trois semaines.

Quelquefois le contenu de l'abcès se reforme très vite, on doit pratiquer, trois, quatre ponctions en l'espace de quelques jours. Nous avons donné la marche à suivre pour ces cas particuliers, il faut supprimer à temps les injections modificatrices, pour ne pas déterminer une irritation trop vive de la paroi. Le liquide cesse alors brusquement de se reproduire.

Chez quelques malades l'abcès se résorbe rapidement. On fait, une, deux, trois ponctions et la palpation la plus minutieuse ne décele plus trace de liquide.

Certains abcès se résorbent lentement ; la quantité de liquide qui persiste est à peine appréciable, mais elle ne disparaît pas, ce sont les abcès sous-épineux qui présentent le plus souvent cette particularité.

Nous avons vu aussi des abcès iliaques rester longtemps stationnaires, sans que l'on puisse invoquer aucune raison pour expliquer cette persistance.

Disons de suite que la résorption plus ou moins rapide d'un foyer tuberculeux est toujours en rapport avec des transformations importantes que subit la paroi de l'abcès. Cinq fois nous avons eu l'occasion d'assister à un curettage d'abcès que nous avions traités antérieurement par des injections modificatrices. Dans ce cas, il s'agissait d'une fillette de 6 ans qui avait un abcès du creux poplité, symptomatique d'un foyer tuberculeux sus-condylien de la face postérieure du fémur. La face interne de la paroi offrait une surface rosée « rappelant la couleur et la régularité d'une plaie ouverte qui se répare par seconde intention ».

Nous avons observé le même fait chez un jeune garçon de 12 ans.

Sarrazin a un abcès volumineux situé à la face postérieure du tibia et faisant également saillie sur le bord externe de la jambe, au-dessus du péroné. A la suite de plusieurs injections de naphthol camphré dans le foyer, la collection a augmenté considérablement de volume. On pratique donc le curettage de la cavité, et l'on constate que la paroi de l'abcès au lieu de présenter cette membrane grisâtre, irrégulière, comme on le voit habituellement, offre une surface granuleuse et rosée, de très bon aspect; on aperçoit encore çà et là de petits points blanchâtres, derniers vestiges des débris tuberculeux encore adhérents à la paroi.

Chez trois autres malades la cavité de l'abcès était également en voie de guérison.

Nous pouvons donc affirmer que le naphthol camphré exerce son action bienfaisante non seulement sur les collections symptomatiques d'une lésion vertébrale ou cotyloïdienne, mais encore sur toutes les collections d'origine osseuse, pourvu que celles-ci soient primitives, c'est-à-dire exemptes d'infection pyogène. Deux abcès du genou, traités récemment, ont disparu complètement par le procédé des injections combinées. Nous faisons allusion à deux malades dont nous allons parler bientôt à l'article inoculation.

III. — Défaut d'action locale anti-tuberculeuse du naphthol camphré. — Inoculations du contenu de l'abcès avant et après les injections. — Si nous consultons les auteurs, nous voyons que tous considèrent le naphthol camphré comme un agent antiseptique puissant. Plusieurs lui reconnaissent une action anti-tuberculeuse. Maximowitch soutient que à la dose de 0,20 à 0,25 le naphthol α empêche complètement la germination du bacille de la tuberculose; à la dose de 0,40, il l'entrave. Il dit encore que les bacilles de la tuberculose sont incapables de revivre

dans un milieu pur lorsqu'on les a laissés séjourner trois ou quatre jours dans les bouillons ordinaires contenant 0 gr. 4 de naphthol α par litre ou 0 gr. 4 de naphthol β .

Reverdin reconnaît que à la dose de 0,33 0/0 de substance nutritive, le naphthol β retarde la germination du bacille de la tuberculose.

MM. Nicaise, Fernet, Schwartz, Peyrot, Ruault, Nugon, Dumont, ont obtenu de bons résultats avec l'emploi du naphthol camphré dans les différentes manifestations de la tuberculose.

Nous devons à l'obligeance de M. Désesquelle, une observation, que nous allons reproduire et qui plaide en faveur de la puissance antiseptique du naphthol camphré contre la bacillose. « Dans le courant de septembre de l'année dernière, je suis appelé pour donner mes soins à un vieillard de 72 ans, ayant exercé la profession de chaudronnier pendant 30 ans, et sujet à des bronchites répétées tous les hivers depuis plusieurs années. Ce vieillard, d'apparence squelettique toussait et crachait abondamment depuis quelques mois, avait perdu l'appétit. Il portait au niveau du deuxième espace intercostal droit, à côté du sternum, un abcès nettement fluctuant, de la dimension d'une petite mandarine. Les signes stéthoscopiques révélaient des lésions pulmonaires : cavernes du côté gauche, foyers de ramollissement du côté droit, etc. L'examen microscopique permit de décèler dans ses crachats des quantités de bacilles de Koch fortement colorables. En résumé : abcès froid du thorax, chez un tuberculeux du troisième degré. J'incisai l'abcès me contentant d'une simple incision au bistouri d'une largeur de 1 centimètre au plus. Un flot de pus jaune, grisâtre, d'un volume que je pense évaluer à 125 centimètres cubes environ s'en écoula. Je pratiquai d'abord un lavage au sublimé à 1/4000 ; puis j'injectai 10 centimètres cubes envi-

ron de naphthol camphré. Pansement à la gaze salolée. Le lendemain, je trouvai dans le pansement une quantité énorme de mucosités que l'examen microscopique, fait ultérieurement, me révéla comme constituées par du pus et en majeure partie par des crachats dans lesquels je retrouvai également une grande quantité de bacilles de Koch. C'est alors seulement que je m'aperçus que l'abcès communiquait avec le poumon gauche par un trajet fistuleux d'une longueur de 10 centimètres environ. Mon malade respirait par sa fistule. Ce symptôme était encore rendu plus net quand on faisait obstruer le nez et la bouche du malade. Il perçut immédiatement la saveur du camphre et fut pris de trois ou quatre petites quintes de toux après que j'eus injecté le naphthol camphré, 10 centimètres cubes. Cette persistance de la saveur camphrée dura même pendant plusieurs heures après le pansement. J'introduisis un drain dans le pansement. Le lendemain la quantité de mucosités avait diminué d'une façon considérable, aussi bien celles rendues par la fistule que celles qui étaient expulsées par la bouche. De plus, je perçus très nettement un souffle caverneux dans le creux sous-claviculaire. Pendant plusieurs jours j'injectai environ 10 centimètres cubes de naphthol camphré. Mais au bout de sept à huit jours, je diminuais forcément la dose, car malgré toutes les précautions que je pris pour ne pas laisser la fistule se combler, le tissu de cicatrisation ne tarda pas à se former et je ne pus guère injecter que 4 ou 5 centimètres cubes de naphthol camphré. L'effet produit par cette médication sur l'état général du sujet fut des plus merveilleux. L'appétit revint rapidement. Mais en même temps je gorgeai mon malade de créosote, en lui administrant par l'estomac, sous forme de cachets, par le rectum en suppositoires, et en inhalations; il absorbait environ 2 grammes de créosote de hêtre par jour. Le trajet fistuleux persista plusieurs

mois, mais je dus retirer le drain au bout d'une quinzaine de jours. Toute communication entre la poche de l'abcès et le poumon fut interrompue par du tissu cicatriciel au bout de deux mois environ. Il resta donc une petite fistule de deux centimètres environ, dans laquelle j'injectai tous les jours 2 centimètres cubes de naphtol camphré pendant deux mois, jusqu'en janvier 1895, époque à laquelle le malade partit à la campagne. Depuis son départ l'amélioration a progressé de jour en jour. Un fait remarquable, sur lequel il faut appeler l'attention, c'est que les crachats, examinés à plusieurs reprises après deux mois de traitement contenaient des bacilles de Koch, se colorant avec difficulté, et offrant l'aspect granuleux, preuve de l'atténuation de leur vitalité. Le naphtol a été retrouvé dans l'urine, chaque fois qu'on l'y a recherché ».

De notre côté nous avons fait quelques expériences. Nous avons injecté à des cobayes le contenu de plusieurs abcès tuberculeux, modifié à différentes reprises par des injections successives de naphtol camphré. Voici l'exposé de nos faits.

1^o Demon..., âgée de 8 ans, a un mal de Pott dorso-lombaire avec un abcès symptomatique dans la fosse iliaque gauche.

On fait une première ponction le 2 mars suivie d'une injection de naphtol camphré. Le contenu de la poche est injecté à deux cobayes.

Un d'eux meurt le 5 avril. L'autopsie permet de constater une péritonite généralisée. La rate est hypertrophiée ; le foie remplit la cavité abdominale : ces deux organes sont criblés de nodules tuberculeux, on ne voit plus de tissu sain. Les ganglions mésentériques eux-mêmes ont de petits abcès. Le second cobaye, mort quelques jours plus tard, présente des lésions aussi manifestes.

Deuxième ponction, deuxième inoculation, le 21 mars.

L'autopsie faite le 3 avril, montre que les ganglions sont transformés en de petits foyers purulents ; le foie est semé de très fines granulations. L'examen microscopique confirme la nature tuberculeuse de ces lésions.

La collection ne s'est pas reproduite.

2° Del..., est en traitement à l'hôpital maritime pour un mal de Pott dorsal moyen.

Quatre mois après son arrivée, on constate la présence d'un petit abcès dans la fosse iliaque gauche, c'est-à-dire, en janvier 1894.

Au mois de février 1895, l'abcès persiste encore, et n'a pas augmenté de volume.

Nous le ponctionnons, pour la première fois, le 16 février et injectons dans le foyer 10 grammes environ de naphtol camphré.

Première inoculation à un seul cobaye le 16 février.

Autopsie, le 28 février : la rate et le foie sont volumineux et criblés de nodules. De fines granulations sont disséminées sur le poumon.

Deuxième ponction suivie d'une deuxième inoculation, le 21 mars 1895.

Le cobaye meurt le 28 mars. Autopsie. Péritonite tuberculeuse. Le foie et la rate sont farcis de tubercules ; on ne voit plus de tissu sain. Tous les ganglions sont hypertrophiés et ramollis. Quatre nodules assez volumineux siègent dans le poumon.

Le liquide ne s'est pas reformé à la suite de deuxième ponction et injection.

3° Pell., garçon de 11 ans, est atteint d'un mal de Pott dorsal inférieur, avec gibbosité anguleuse. Il a un abcès dans la fosse iliaque droite, très volumineux.

Nous avons pratiqué trois ponctions suivies d'injection de naph-tol camphré.

Première ponction, le 16 février. Inoculation du pus à deux cobayes.

Autopsie le 20 mars : la rate, le foie sont criblés de tubercules. Les ganglions du mésentère renferment du pus.

Deuxième ponction et deuxième inoculation le 24 février.

Le liquide que l'on injecte, sanguinolent, a fortement l'odeur camphrée. Nous faisons observer les deux cobayes inoculés pendant 15 heures, croyant que la présence du liquide pourrait déterminer des convulsions : mais nous n'avons constaté aucun accident toxique.

Un cobaye meurt le 12 mars.

L'autopsie ne montre que trois ganglions volumineux, transformés en petits abcès.

L'examen microscopique a révélé l'existence de lésions tuberculeuses dans le foie et la rate. Ces deux organes ne présentaient rien d'anormal à l'œil nu.

Troisième ponction et troisième inoculation le 20 mars.

Autopsie le 7 avril. Les nodules tuberculeux très petits et très nombreux sont disséminés dans le foie. Lésions tuberculeuses de la rate révélées par le microscope.

Le contenu de l'abcès s'est reproduit après cette troisième injection, mais en trop petite quantité pour être reponctionnée.

4° Tierc..., garçon âgé de sept ans, est entré à l'hôpital maritime pour un mal de Pott dorso-lombaire avec gibbosité à sommet arrondi, formée par les quatre dernières vertèbres dorsales et les trois premières vertèbres lombaires. Un abcès volumineux occupe toute la fosse iliaque droite.

Une première ponction, faite le 16 février, retire quelques

grammes seulement d'une matière caséeuse, très épaisse, qui sort en boudin par la canule du trocart. Nous inoculons un seul cobaye.

L'autopsie pratiquée le 22 mars, montre que tous les viscères sont criblés de tubercules ; le foie présentait en outre trois abcès de la grosseur d'un petit pois.

L'abcès ne s'est pas reproduit.

5^e Marthe R..., fille de 4 ans, entre à l'hôpital maritime avec un mal de Pott lombaire, au mois de mai 1892.

Le 3 mai 1893, on constate la présence d'une petite collection dans la fosse iliaque gauche. Nous pratiquons cinq ponctions du 12 juin au 30 août 1893, et chaque ponction est suivie de l'injection dans le foyer de l'abcès de plusieurs grammes de naphtol camphré.

L'abcès ne s'est pas refermé à la suite de la cinquième intervention, mais nous avons constaté très longtemps dans la fosse iliaque la présence d'une petite masse dure.

L'enfant a quitté l'hôpital sans abcès apparent, au mois de juin 1894.

Elle est revenue à Berck en novembre 1894, avec une petite collection, de la grosseur d'une noix, dans la fosse iliaque gauche.

M. Ménard fait une première ponction et injection le 28 février 1895. Il retire quelques grosseurs d'un produit blanchâtre, mi-solide, qui sort avec la plus grande difficulté par le trocart.

Nous injectons ce pus à un cobaye qui meurt le 12 mars avec une tuberculose généralisée, tous les organes sont farcis de tubercules.

Deuxième ponction, deuxième inoculation le 8 mars.

Autopsie le 10 avril. Rate, très volumineuse, remplit le ventre ; elle est semée de gros noyaux tuberculeux. Il n'y a plus de tissu sain, visible à l'œil nu. Le foie présente plusieurs abcès,

assez volumineux, rempli d'un liquide puriforme ; ses bords ne sont formés que par un noyau tuberculeux. Les poumons sont eux-mêmes couverts de petits nodules ; les ganglions n'existent que sous forme de poche purulente ; deux petits nodules siégeaient au niveau de la valvule mitrale.

Nous n'avons pas observé de récidence de l'abcès après cette deuxième ponction.

6° Gob..., garçon âgé de 9 ans, entre à Berck le 10 octobre 1894, avec une tuberculose ganglionnaire multifistuleuse des deux côtés du cou et dans les deux aisselles.

Sur le côté gauche du cou, on note quinze fistules ; sur le côté droit une fistule et un abcès fermé.

Le 14 janvier, on évacue ces différents foyers par un curetage très étendu.

Le 25 février nous constatons la présence d'un volumineux abcès, situé sur la face interne du genou gauche, venant très probablement du creux poplité. Il a dix centimètres de longueur, sur huit de largeur.

Une première ponction, faite le 26 février, retire 250 grammes d'un liquide blanchâtre, sans grumeaux ; elle est suivie de l'injection de plusieurs grammes de naphтол, 20 grammes environ.

Une deuxième ponction, faite le 28 février est également suivie de l'injection modificatrice. A la troisième ponction, faite le 2 mars, nous lavons la cavité avec la solution boriquée et nous n'injectons pas de naphтол.

Le 5 mars, nouvelle évacuation de la poche ; pas d'injection naphтолée. Le liquide, peu abondant, est devenu citrin et filant.

Quinze jours plus tard, la tumeur offrait à peine le volume d'une noix.

Nous avons pratiqué une cinquième ponction, le 28 mars, dans

le seul but d'injecter le liquide à un cobaye et voir s'il possédait encore des propriétés tuberculeuses.

Le cobaye est mort le 7 avril avec une tuberculose généralisée. Tous les viscères étaient criblés de tubercules plus ou moins volumineux. Le foie portait deux abcès de la grosseur d'un pois. Le poumon lui-même était farci de petits nodules. Les ganglions, hypertrophiés, étaient remplis de pus.

7° Nous avons observé des résultats absolument identiques, chez une jeune fille de 12 ans, qui porte plusieurs signatures tuberculeuses.

Un abcès du genou, très volumineux, d'origine poplitée, a été traité par le même procédé que nous venons d'indiquer plus haut. On a pratiqué cinq ponctions, les trois premières ont été suivies d'une injection naphtolée ; dans les deux dernières on a fait un simple lavage de la cavité avec la solution boriquée. On a observé également la transformation huileuse du liquide ; et le contenu de la dernière ponction injectée à un cobaye a produit également une tuberculose généralisée.

Nous tenant à ces modestes recherches que nous regrettons vivement de n'avoir pu poursuivre plus longtemps, nous croyons être autorisée à dire que le naphtol camphré ne jouit pas d'une puissance anti-tuberculeuse absolue.

Il est hors de doute qu'il produit sur la paroi de l'abcès une action dissolvante. Il désagrège les débris tuberculeux demeurés adhérents à cette paroi ou logés dans les diverticules ; il modifie le contenu de l'abcès dans sa qualité, dans sa quantité ; et, lorsque ces injections modificatrices sont bien appliquées, elles aboutissent toujours à la disparition complète du liquide après un plus ou moins grand nombre d'intervention et dans un espace de temps plus ou moins long.

Le naphtol camphré est donc un excellent modificateur ; seuls la nature et le mécanisme de ses modifications nous échappent. Il est vrai que nous pourrions en dire autant pour des agents plus connus que le naphtol camphré. L'iodure de potassium, par exemple, atténue, s'oppose, conjure même les manifestations redoutables de la syphilis, mais ne détruit pas la cause première. Le sulfate de quinine est aussi un excellent antidote contre les fièvres intermittentes, il les conjure le plus souvent, mais ne les guérit pas.

CHAPITRE IV

Résultats thérapeutiques.

SOMMAIRE. — Statistique des abcès de la coxo-tuberculose. — Abcès précoces et abcès tardifs au point de vue du traitement.

Statistique des abcès du mal de Pott.

Variétés anatomiques des abcès au point de vue thérapeutique : volume, nombre, longueur du trajet de communication entre l'abcès et son point de départ, siège.

M. Ménard a déjà publié dans une communication au congrès de chirurgie 1894, session de Lyon, les résultats thérapeutiques obtenus par la méthode des injections de naphtol camphré dans 40 cas de coxalgie et 42 cas de maux de Pott. La statistique que nous allons produire diffère peu de celle de notre maître, car elle comprend les mêmes cas auxquels nous avons pu ajouter un certain nombre de cas nouveaux.

Sans tenir compte des malades actuellement en traitement, et dont l'abcès persiste encore, les résultats du traitement sont définitifs dans 51 cas de coxalgie et dans 49 cas de mal de Pott.

Nous avons vu nous-même et suivi la plupart des malades dont l'observation est comprise dans nos chiffres, à l'hôpital maritime. Quatorze faits dont neuf se rapportant à la coxalgie et cinq au mal de Pott nous ont été communiqués par M. Ménard et ont été observés en dehors de l'hôpital. Nous avons également suivi plusieurs de ces malades.

Il nous paraît utile de séparer, à l'exemple de notre maître, la

statistique de la coxalgie de celle du mal de Pott. Malgré l'identité de nature de l'abcès dans les deux affections, la différence anatomique d'origine et les différences dans les dispositions régionales, sont de nature à modifier les résultats.

I. — Statistique des abcès de la coxotuberculose. — Cinquante et un abcès symptomatiques de la tuberculose, ont été traités par les injections de naphthol camphré depuis le 1^{er} janvier 1893, et dans tous ces cas, le traitement est aujourd'hui considéré comme terminé. On ne mentionnera pas les malades dont le traitement est actuellement en cours.

Les résultats thérapeutiques peuvent d'une manière générale, être énoncés de la manière suivante :

Quarante-quatre malades ont guéri sans période fistuleuse.

Quatre ont guéri après une période fistuleuse.

Deux ont subi la résection de la hanche.

Un seul a quitté Berck avec une fistule persistante ;

Examinons d'abord l'histoire des abcès qui ont guéri sans fistule. L'un des points les plus curieux de l'histoire thérapeutique de ces abcès a trait au nombre des ponctions et des injections pratiquées.

On a fait :

Une ponction dans 9 cas			
2	—	—	9 »
3	—	—	5 »
4	—	—	7 »
5	—	—	4 »
6	—	—	1 »
7	—	—	1 »

Un plus grand nombre dans le reste des cas ;

Chez ces mêmes malades la guérison a été obtenue :

16 fois en	1 à 2 mois
18 —	2 à 4 »
12 —	4 à 8 »

L'un des malades qui entrent dans cette statistique était atteint de coxalgie double (obs. I) et chaque coxalgie a été compliquée d'un abcès volumineux. Malgré un état général en apparence extrêmement grave, puisque quatre grands foyers tuberculeux évoluaient en même temps (deux hanches, un poignet, un coude), les deux abcès ont guéri rapidement. Ils ont été traités l'un après l'autre afin de ne pas multiplier les interventions, même bénignes, chez un sujet dont la santé générale était menaçante.

L'abcès de la hanche droite, très volumineux, occupant à la fois la région des adducteurs et la région fessière, s'est heureusement terminé après quatre ponctions dont l'une fut suivie d'une fistule temporaire de quinze jours. Une petite rechute se produisit trois mois après une apparence de guérison et la nouvelle collection située dans la fesse ne tarda pas à guérir après une nouvelle fistule temporaire de quelques jours. L'abcès de la hanche gauche, volumineux également, et siégeant au devant du grand trochanter, guérit sans aucun incident en six semaines.

Ce fait est l'un des moins ordinaires que nous ayons observés. La guérison successive de deux énormes abcès, rattachés chacun à une hanche tuberculeuse, doit être considérée comme un succès favorable à la méthode de traitement. Il était difficile, dans un cas aussi grave, d'employer des moyens thérapeutiques plus simples et moins capables d'ébranler l'état général du malade, d'avance très compromis. Les fistules temporaires n'ont rien changé ni dans la durée ni dans la terminaison.

Quatre autres malades méritent chacun une courte mention à part, à cause de la gravité de leurs abcès.

Un jeune garçon, Chr... (obs. IX) arrivé à l'hôpital maritime en décembre 1892, était atteint d'une coxotuberculose avec luxation et abcès. L'extrémité supérieure du fémur, très mobile au niveau de la hanche par suite d'une véritable dislocation articulaire, exécutait des mouvements d'ascension et de descente. On obtenait ces mouvements, sans douleur, en portant la cuisse saisie à pleine main, alternativement en haut et en bas. Une énorme collection de pus tuberculeux, distendait en dehors et en arrière la région fessière, en dedans, la région des adducteurs. Les deux mains appliquées sur la poche, l'une en dehors et l'autre en dedans de la racine de la cuisse, transmettaient la fluctuation d'un côté à l'autre, selon toute apparence, à travers la hanche elle-même.

L'état général du malade, très misérable, fut une contre-indication absolue de la résection qui paraissait être au premier abord le seul moyen de traitement applicable à un cas aussi grave.

La méthode des injections, employée à titre d'essai, conduisit à la guérison dans une période de 4 mois environ. Il fallut pratiquer quinze ponctions, les unes en dehors et en arrière, sur la fesse ; les autres en dedans, sur le bord interne de la cuisse. L'enfant est resté guéri pendant quinze mois à l'hôpital maritime.

Chez Ass... (obs. X) la coxalgie, qui occupait le côté gauche, était compliquée d'un vaste abcès tuberculeux occupant à la fois la région fessière d'une part, et la partie supérieure et externe de la cuisse, d'autre part. En ces deux régions se montraient deux tumeurs éloignées l'une de l'autre d'environ 20 centimètres. Un trajet de communication assez étroit les reliait entre elles.

A la suite des premières injections pratiquées sur la collection, fessière le prolongement de la cuisse prenant un développement

considérable en vint à descendre jusque dans le voisinage du genou correspondant. Les injections, pratiquées par nous-même et, croyons-nous aujourd'hui, un peu trop multipliées ne furent jamais suivies de fistules.

Malgré l'énorme étendue du foyer tuberculeux dont la longueur totale à un certain moment atteignait près de 40 centimètres, la guérison fut obtenue en cinq mois et nous l'avons vue confirmée pendant les huit mois suivants que le malade a passés à l'hôpital.

Un troisième malade, petite fille de 9 ans (obs. VI) est arrivée à Berek avec une coxalgie droite, d'origine assez récente, et compliquée d'un abcès occupant la partie supérieure du bord interne de la cuisse.

Les premières injections eurent pour résultat de produire suivant l'habitude une irritation modérée traduite par un certain gonflement. Une deuxième collection liquide apparue au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, dut à son tour être vidée, lavée et injectée. Dans ce cas aussi les injections ont été répétées beaucoup trop souvent à ce point que la tuméfaction de la racine de la cuisse prit un développement inquiétant. Le liquide se reproduisait dans les deux foyers externe et interne (en communication entre eux) avec une rapidité excessive. La méthode des injections paraissait vouée à un échec évident. Dans ce cas, l'autorisation de réséquer la hanche, fut demandée à la famille et accordée, mais, au moment où l'enfant était présentée à la salle d'opérations, M. Ménard, constatant un début de régression du gonflement, refusa de l'opérer et prit le parti d'attendre. Peu de temps après l'amélioration était confirmée d'une manière manifeste et bientôt, c'est-à-dire trois mois plus tard on pouvait prononcer le mot guérison.

Nous conservons encore la malade à l'hôpital maritime. Aucun incident nouveau n'a reparu du côté de la hanche depuis 12 mois, bien que l'enfant ait été prise en juillet 1894 d'une coqueluche grave qui a duré trois mois et qui a été compliquée de broncho-pneumonie.

Chez un quatrième malade Mait... (obs. VII), garçon de 8 ans, une coxalgie gauche, également peu ancienne, était arrivée à la période de suppuration.

L'abcès, situé au devant du pubis, était constitué par deux poches l'une superficielle, sous-aponévrotique, et l'autre profonde, inter-musculaire, en communication très étroite l'une avec l'autre.

Lorsqu'aux premières ponctions on eut évacué la poche superficielle, l'autre plus profonde ne se laissait pas vider du même coup. Cette double évacuation ne fut obtenue simultanément qu'après plusieurs interventions, le trajet de communication était sans doute devenu plus large ayant été débarrassé de sa couche de fongosités.

Après un traitement poursuivi pendant plusieurs mois les deux abcès internes semblaient à peu près guéris ; leur volume était tellement réduit que la fluctuation avait cessé d'être évidente. On espérait que la résorption pourrait se terminer spontanément, mais l'état général, un instant amélioré, redevint nettement mauvais, et un nouvel abcès se montra en dehors de la hanche sur la face antéro-externe de la cuisse.

Nouvelles injections de ce côté, trop souvent répétées. Ce nouvel abcès après avoir pris un développement énorme a fini par se résorber lentement. Il est guéri depuis 3 mois.

L'état général est très bon.

Nous avons tenu à rappeler ces cas de coxalgies graves, parmi

un bon nombre d'autres, que certains de nos maîtres n'auraient pas hésité à traiter par la résection. Ils nous ont procuré un double enseignement : tout d'abord, il nous est devenu évident que le conseil souvent répété de M. Ménard de ne pas renouveler les interventions à trop bref intervalle, de peur d'exagérer l'irritation locale, n'a pas toujours été suivi assez ponctuellement par les élèves. Il en est résulté que des coxalgies, d'apparence très graves, déjà au début du traitement, ont pu prendre un aspect menaçant, et qu'il a fallu, peut-on dire, toute la confiance en la méthode pour obtenir la guérison des malades.

Ce point de pratique mis à part, une autre notion d'ordre général ressort des observations précédentes et de quelques autres qu'il serait inutile de rappeler en détail : il y a une grande différence de gravité entre les abcès qui compliquent une coxo-tuberculose assez récente et ceux qui surviennent à une période très avancée de l'affection.

Les abcès de la coxalgie ancienne guérissent beaucoup plus facilement que ceux de la coxalgie récente. Lorsqu'il s'agit de cette dernière variété, le traitement est rarement compliqué par un incident quelconque, la poche bien limitée, réagit modérément sous l'influence des injections. Le gonflement est bien localisé.

Lorsqu'il s'agit d'une coxalgie dont l'origine ne remonte qu'à quelques mois au lieu de remonter à deux, trois, quatre, cinq ans, les conséquences des injections sont assez souvent différentes. L'irritation et le gonflement consécutifs loin d'être limités à l'abcès lui-même, le propagent obscurément, dans certains cas, jusqu'à l'articulation et on peut voir une nouvelle collection apparaître sur un point plus ou moins éloigné de la première.

Cette distinction des abcès de la coxo-tuberculose en deux va-

riétés selon la période de la maladie à laquelle ils se montrent, a été justifiée sous nos yeux un grand nombre de fois au point de vue thérapeutique. M. Ménard lui donne l'interprétation suivante.

Quand la coxotuberculose donne lieu à la formation d'un abcès dans un délai relativement bref, après un délai de cinq, six ou huit mois, on doit considérer la forme de la maladie comme grave. En pareil cas, la cavité articulaire, plus ou moins remplie de fongosités et de débris tuberculeux, n'a encore été sur aucun point le siège d'un travail de réparation très marquée. La cavité de la hanche n'est point rétrécie par des adhérences fibreuses ; elle n'est point non plus circonscrite extérieurement par la sclérose du tissu conjonctif adjacent. Les produits tuberculeux, fongosités, matière caséeuse, liquide puriforme, remplissent un foyer comprenant l'articulation toute entière, en même temps qu'un ou plusieurs diverticules qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler les abcès. La dégénérescence tuberculeuse ayant été rapide, les tissus environnants et en particulier les parties fibreuses de la jointure, n'ont pas été modifiées et spécialement n'ont pas été sclérosées. L'altération la plus marquée qu'on y rencontre est l'œdème avec un caractère plus ou moins inflammatoire.

Une irritation nouvelle et artificielle venant s'ajouter à celle qui est propre à l'influence bacillaire, le foyer pathologique peut être débordé en quelque sorte de plusieurs côtés à la fois, rien d'étonnant, si au premier abcès développé sur une des faces de la jointure, vient s'en ajouter un second sur la face opposée.

Au contraire, lorsque la coxalgie est ancienne, la cavité articulaire, profondément modifiée dans sa forme, est rétrécie et limitée par des productions fibreuses de nouvelle formation, lâches ou serrées suivant les cas. Le contact des produits tuberculeux,

exercé pendant une très longue période, des mois, des années, a provoqué de tous côtés, dans les parties molles adjacentes, la formation d'une membrane limitante. Si un abcès vient alors à se produire il a pour point de départ un foyer caséeux mal éteint, n'occupant qu'un département étroit de la région malade, il n'est pas en communication avec une cavité articulaire large et fongueuse comme dans le cas envisagé précédemment.

Si l'on vient à irriter par une injection un abcès tardif, il réagit seul ; l'articulation, si elle existe encore, n'est pas atteinte et l'on comprend que le travail de réparation s'opère plus simplement.

En résumé, dans la pratique des injections, il importe de distinguer parmi les abcès de la coxotuberculose, une variété précoce, plus grave, plus difficile à guérir, et une variété tardive, guérissant plus rapidement et en général sans incident. Les uns et les autres ont été traités avec succès. La marche de la réparation, régulière avec les abcès tardifs, est plus difficile à diriger pour les abcès précoces. C'est une raison de procéder avec plus de prudence dans ce dernier cas. En présence d'un abcès précoce, on ne répétera les ponctions et les injections que dans la mesure du nécessaire, en évitant toutefois de laisser se produire une tension exagérée. Après avoir injecté deux ou trois fois du naphthol dans la cavité, on devra, si le gonflement consécutif est prononcé, et si le liquide s'est reproduit rapidement et abondamment, se contenter d'une ponction suivie d'un lavage simple sans injection naphtholée, sauf à revenir plus tard à ces injections. On conçoit qu'il y ait là une mesure à garder sur laquelle l'expérience seule fournit des indications précises.

Chez deux malades atteints de coxalgie avec abcès fermé, les injections plusieurs fois répétées n'ont pas conduit à la guérison. Ces deux faits présentent chacun leur intérêt spécial.

Le premier (obs. II) appartient à un jeune garçon de 8 ans, atteint d'une coxalgie droite compliquée d'un volumineux abcès de la région fessière. Cet abcès, superficiel, était facilement atteint par les ponctions mais mal évacué à chaque intervention. Après avoir répété 13 fois les ponctions et les injections, le volume de l'abcès ne nous ayant pas paru modifié, nous avons cru devoir conclure à l'impuissance du moyen de traitement employé jusque là et recourir à l'intervention sanglante. Nous nous sommes décidé à pratiquer le curettage de la cavité et à rechercher le point de départ osseux ou articulaire avec l'idée de pénétrer jusqu'à la hanche pour la réséquer, si cela était jugé nécessaire au cours de l'opération.

L'opération nous a montré une collection formée de trois loges superposées, une superficielle sous-aponévrotique, une moyenne située au-dessous du grand fessier, une troisième à la face profonde du moyen fessier. Ces trois loges étaient unies entre elles par des trajets de communication assez étroits. De la loge profonde partait un prolongement qui pénétrait dans l'articulation coxo-fémorale. Les lésions articulaires n'offraient rien de frappant du côté du fémur, dont la tête et le col ramollis et en grande partie détruits, furent enlevés avec la curette sans aucunes difficultés. Sur le cotyle, l'ablation d'une couche de fongosités mit en évidence une surface irrégulière, privée de cartilage et composée de trois dépressions ou loges séparées l'une de l'autre par des crêtes osseuses mousses. Ces dépressions, sans rapport anatomique avec la division du cotyle en ses trois segments physiologiques, sans aucun rapport non plus avec la compression de la tête fémorale, étaient creusées manifestement par l'action ulcéralive des fongosités tuberculeuses. Deux de ces loges contenaient chacune un petit séquestre.

L'insuccès des injections dans ce cas peut sans doute être expliqué par la disposition complexe de l'abcès et peut être aussi dans une certaine mesure par la présence des séquestres.

La plaie opératoire fut totalement réunie par première intention, sans drain, l'absence de l'infection pyogène nous parut permettre cette pratique. Les ponctions au lieu d'infecter l'abcès avaient favorablement modifié sa paroi.

Le malade a guéri de son opération sans aucun accident, le pansement n'a été renouvelé qu'au bout de 60 jours.

Après un séjour de 16 mois à Berck le malade est parti, la guérison étant confirmée.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un jeune garçon de 10 ans, venu à Berck pendant l'été 1893 avec une coxalgie droite que l'on considérait comme guérie, mais au premier examen on trouve un abcès sous-épineux de petit volume et de forme allongée. Après plusieurs ponctions, pratiquées à intervalles assez éloignés, la collection avait paru disparaître à peu près complètement ou du moins on en retrouvait difficilement les traces ; mais le liquide étant venu à se reproduire plus tard nous avons été amené à pratiquer la résection au mois d'août 1894 avec l'incision et le curetage de l'abcès, ce qui nous a fait découvrir la présence d'un trajet assez large établissant une communication directe entre la collection superficielle et la hanche.

L'incision antérieure, prolongée en haut, a servi à découvrir le col du fémur et à l'enlever avec la tête du même os. En enlevant avec la curette les fongosités qui remplissaient le cotyle on a trouvé un séquestre du volume d'une petite cerise, situé à la partie supérieure du cotyle.

Comme la poche tuberculeuse qui contenait une certaine quantité de matière caséuse ne nous a pas paru infectée par les

éléments de la suppuration, la plaie a été réunie par première intention, sans drainage. Pendant le premier mois qui a suivi l'acte opératoire aucun incident n'est survenu, mais ensuite, un mouvement fébrile s'est développé en quelques jours et la température s'est élevée à 39° et même 40° le soir. En examinant avec attention la région de la hanche on n'a d'abord et pendant trois semaines trouvé dans la région de la hanche aucun gonflement ni aucune douleur capables d'expliquer la fièvre, de telle sorte que nous étions portés à supposer la présence d'un foyer tuberculeux viscéral, difficile à découvrir. Enfin un point douloureux à la pression s'étant montré dans le milieu de la région fessière, M. Ménard a pratiqué une incision de 5 à 6 centimètres environ et découvert au-dessous du grand fessier un foyer rempli de fongosités inflammatoires, sans pus. Ce foyer a été nettoyé avec la curette et un drain a été laissé dans la plaie. Pendant la suite du traitement qui s'est prolongé deux mois au moins, aucun accident ne s'est montré dans la première plaie opératoire dont la cicatrisation est restée complète et paraît définitive.

Le malade est guéri depuis trois mois.

On ne saurait dire si chez ces deux malades les injections répétées avec plus de persistance auraient fini par amener la guérison des abcès symptomatiques.

Nous avons cru devoir renoncer à ce moyen parce que la collection ne diminuait pas de volume dans le premier cas et se reproduisait dans le deuxième.

Quoi qu'il en soit, nous avons vérifié une fois de plus cette règle commune aux abcès symptomatiques de la coxotuberculose, à savoir qu'ils communiquent avec l'articulation. Alors que nous nous proposons pour but d'enlever la paroi tuberculeuse par dissection ou par curetage, la présence du trajet de la communi-

cation articulaire nous a obligé à poursuivre les lésions jusqu'à leur origine, c'est-à-dire à réséquer la hanche.

A notre avis, le chirurgien qui ouvre un abcès de la coxotuberculose doit en règle générale suivre la même ligne de conduite. L'opération commencée doit être poussée jusqu'aux limites rationnelles, ou doit aller jusqu'au foyer d'origine qui est articulaire, autrement dit, pour que l'intervention soit complète on est conduit à réséquer la hanche. On reviendra sur cette question.

En ce moment qu'il nous suffise de faire observer que les modifications de la paroi tuberculeuse, par suite des injections n'ont sans doute pas été étrangères au succès de la réunion par première intention sans drainage, et à l'absence de rechute.

Nous avons rencontré toutes les variétés des abcès symptomatiques de la coxotuberculose, au point de vue du siège. Ce côté de la question peut être résumé de la manière suivante :

Abcès sous-épineux, c'est-à-dire siégeant sur le bord antéro-externe de la cuisse, au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure	18 cas
Abcès de la région des adducteurs	2 »
Abcès du triangle de Scarpa	8 »
Abcès occupant à la fois la région sous-épineuse et la région des adducteurs.	4 »
Abcès de la fosse iliaque	2 »
Abcès de la région fessière	9 »
Abcès de la fosse iliaque et du triangle de Scarpa.	6 »
Abcès occupant à la fois la fesse et les adducteurs.	2 »

Il nous avait tout d'abord paru indispensable de traiter ici avec plus de détails l'anatomie pathologique des abcès tuberculeux d'origine locale en ce qui concerne leur siège, mais les auteurs classiques et les traités spéciaux de la coxalgie (*coxotuberculose*)

de M. Lannelongue, *coxalgie tuberculeuse* de M. Ménard) offrent à cet égard une étude très complète, nous n'aurions pu que la reproduire ou la résumer, le lecteur consultera avec plus de profit les originaux.

Cette statistique comprend des cas différents les uns des autres, à plusieurs égards, âge du malade, état général, nombre des manifestations tuberculeuses, siège des abcès, etc.

En ce qui concerne l'âge, nous avons eu peu de remarques à faire sur nos malades de l'hôpital maritime qui sont des enfants, âgés de 2 à 15 ans. Il nous a semblé que le traitement suivait la même marche quel que fût l'âge de nos enfants. Par exception nous avons eu à traiter des malades plus âgés (obs. IV). Ces faits ne sont pas assez nombreux pour qu'il nous soit permis d'appliquer sans restriction à l'adulte ce que l'expérience nous autorise à dire de l'enfant.

Nous reviendrons plus tard sur l'influence de l'état général des malades et de la multiplicité des foyers tuberculeux.

Pour le moment, il suffit de rappeler ce que la statistique montre d'une manière évidente ; à savoir : que, parmi les abcès de la coxotuberculose, les uns guérissent avec une très grande facilité après une, deux, trois ponctions, en un ou deux mois, tandis que d'autres résistent beaucoup plus longtemps et nécessitent un plus grand nombre d'interventions.

Inutile de s'arrêter sur les cas bénins, si ce n'est pour faire remarquer que, contrairement aux prévisions leur nombre est prédominant, puisque sur un nombre total de 51 abcès, 23 fois la guérison a été obtenue après une, deux ou trois ponctions, puisque sur ce même nombre la durée du traitement n'a pas dépassé deux mois dans 16 cas.

Sans aller plus loin ces résultats sont par eux-mêmes, croyons-

nous, une formelle condamnation de la règle thérapeutique admise par quelques-uns consistant à réséquer la hanche tuberculeuse dès qu'il y a un abcès. On reviendra du reste longuement sur cette question spéciale des indications.

Le triomphe de la méthode des injections est sans aucun doute plus laborieux dans le reste des cas, nous voyons dans notre statistique le traitement exiger par exception un nombre considérable de ponctions et durer plusieurs mois, un an même. Ces difficultés, sont généralement en rapport avec la gravité de la maladie.

Toutefois, aucune loi absolue ne peut être posée. Nous avons vu quelque fois, la coxotuberculose se présentant sous une forme au premier abord peu encourageante, se terminer favorablement avec une facilité inespérée (obs. I).

II.— Statistique des abcès du mal de Pott. — La méthode des injections de naphthol camphré a été appliquée chez 49 malades atteints de mal de Pott lombaire ou dorsal, avec abcès symptomatique fermé.

Dans 44 de ces cas la guérison de l'abcès a été obtenue sans fistule.

On trouve que dans ce nombre,

4	ont subi	1	ponction et une injection.
8	—	2	ponctions et injections.
3	—	3	— —
10	—	4	— —
7	—	5	— —
4	—	6	— —
2	—	7	— —

Les 6 autres malades ont guéri avec un plus grand nombre de ponctions.

La durée du traitement a été,

24 fois de 15 jours à 2 mois.
15 — de 2 mois à 4 —
5 — de 4 — à 12 —

Deux malades sont morts cachectiques sans fistule. M. Ménard a publié l'observation d'un troisième cas de mort causée par intoxication

Chez 2 malades, une fistule persistante s'est établie. L'un de ces malades a été ponctionné une fois, trop tardivement, la collection était devenue trop superficielle.

La cause de l'établissement de la fistule chez l'autre a été la formation d'une collection sous la peau, dans le trajet même du trocart.

En résumé, sur 49 cas, nous avons obtenu 44 fois la guérison des abcès symptomatiques dans une période de 15 jours à un an et 39 fois le traitement a duré de 15 jours à 4 mois. Quatre cas ont abouti à la fistule permanente. Deux de ces malades ont succombé. Les injections n'ont produit ni amélioration, ni accident. Ils ont été emportés par la marche progressivement aggravante de la maladie.

Presque tous les cas du mal de Pott, auxquels la statistique fait allusion, se rapportent à la région lombaire ou à la région dorso-lombaire. La raison en est facile à comprendre, le mal de Pott dorsal donne beaucoup moins souvent naissance à des abcès migrants ; les foyers tuberculeux appartenant aux vertèbres dorsales, depuis la troisième jusqu'à la dixième, restent dans le plus grand nombre des cas sessiles ou du moins limités au voisinage de leur point de départ. 9 cas seulement dans notre statistique font partie du mal de Pott dorsal. Nous n'avons pas eu l'occasion de traiter par les injections un abcès par congestion dépendant d'un mal de Pott cervical.

C'est assez dire que les abcès tuberculeux que nous avons traités siégeaient presque tous dans la fosse iliaque interne, exclusivement ou bien à la fois dans cette région et à la racine de la cuisse. Quelquefois ils faisaient saillie au niveau de la région lombaire.

La localisation des abcès est du reste résumée dans le tableau suivant :

Abcès de la fosse iliaque	30 cas.
Abcès occupant à la fois les 2 fosses iliaques	8 «
Abcès de la fosse iliaque et du triangle de Scarpa	3 «
Abcès sous-épineux	2 «
Abcès du triangle de Scarpa	1 «
Abcès dorso-lombaire	3 «
Abcès de la fosse iliaque et des adducteurs	1 «
Abcès dorso-iliaque	1 «

Cette statistique montre que l'on a presque toujours à ponctionner les abcès du mal de Pott dans la fosse iliaque. Le siège précis où il convient d'enfoncer le trocart doit être déterminé avec soin. La pratique nous a enseigné qu'il pouvait y avoir un grand inconvénient à choisir comme siège de ponction la partie de la paroi abdominale située immédiatement au-dessus de l'arcade fémorale, surtout dans les deux tiers internes. Dans cette région la couche musculaire est peu épaisse et formée de fibres parallèles. Les différentes couches anatomiques sont unies par un tissu cellulaire lâche, il nous a semblé que ces dispositions anatomiques exposaient d'une manière particulière aux fistules consécutives et aussi à de petits abcès consécutifs que nous avons vu se former dans le trajet du trocart entre les différents plans de la paroi abdominale.

En règle générale, M. Ménard nous conseille de faire pénétrer le trocart dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. A ce niveau on rencontre deux muscles superposés : le petit oblique et le transverse dont les fibres ont une direction différente.

Nous avons très rarement vu le contenu de l'abcès s'infiltrer dans la plaie de la ponction pour donner lieu à une fistule temporaire lorsque l'on a choisi ce point.

La longueur du traitement et le nombre des ponctions sont loin d'être toujours en rapport avec le volume de l'abcès. Nous avons vu souvent des collections énormes (obs. XCII, XCIII, etc.) disparaître en deux ou trois mois après 3, 4, 5 ponctions.

L'abcès tuberculeux bi-iliaque que l'on considère en général comme un indice de la gravité de la maladie a constamment guéri dans les huit cas que nous avons eu à traiter. Si chez deux de ces malades plusieurs mois et un assez grand nombre de ponctions ont été nécessaires pour parfaire la cure, chez les autres la durée du traitement n'a pas dépassé la moyenne (obs. LXI, LXV).

Chez les deux premiers on a fait dix et onze ponctions en sept mois ; chez les trois autres nous trouvons 4, 5 et 6 ponctions en deux et trois mois.

La distinction précédemment établie à propos de la coxotuberculose entre les abcès précoces et les abcès tardifs, les premiers graves, les autres plus bénins, ne nous a pas paru justifiée dans le mal de Pott. Rarement les abcès tuberculeux symptomatiques de cette affection apparaissent à l'extérieur avant un délai de plusieurs mois à partir du début reconnu cliniquement. Cela posé, aucune différence ne nous a frappé entre les abcès survenant au bout d'un an environ et ceux qui se produisent beaucoup plus tard, au bout de trois, quatre, cinq ans. La marche du traitement n'est pas influencée par l'ancienneté plus ou moins grande du mal.

Dans ces derniers temps, M. Ménard a attiré notre attention sur une particularité de la technique susceptible d'abréger notablement la durée des ponctions. Nous avons déjà dit au chapitre consacré au manuel opératoire que l'action du naphtol camphré doit être arrêtée à un certain moment, les modifications de la paroi tuberculogène étant suffisantes, et que l'on doit alors se contenter d'une évacuation simple suivie tout au plus du lavage qui la complète. Insister trop longtemps sur les injections de naphtol camphré amènerait une irritation excessive de la poche et pourrait provoquer inutilement la reproduction du contenu. Au contraire chez plusieurs des derniers malades que nous avons vu traiter, l'abcès a cessé de se remplir pour ainsi dire tout d'un coup après une ponction simple pratiquée à la suite de quatre ou cinq injections de naphtol camphré. D'après ce que nous avons observé antérieurement, il n'est pas douteux que cette modification, apportée à la série des interventions, n'ait très notablement hâté la terminaison (obs. LI, LXXXVI, LXXXIX, XCI, XCH).

III. — Variétés anatomiques des abcès tuberculeux au point de vue thérapeutique. — D'une manière générale dit M. Ménard, le volume des abcès tuberculeux de la coxalgie ou du mal de Pott est d'une importance médiocre au point de vue du traitement. Assez souvent même, des collections volumineuses dont on avait retiré 250, 300, 400 grammes de liquide, ont disparu plus rapidement que d'autres qui n'en contenaient que quelques grammes.

Un certain nombre de nos observations, dont quelques-unes ont été rappelées précédemment ont montré qu'un abcès volumineux, en particulier dans la coxalgie, peut être un indice de gravité de la maladie, mais, dans ces cas, d'autres caractères, joints au volume énorme, avaient plus d'importance. Nous avons insisté

sur l'intérêt clinique qu'offrent à cet égard les diverses périodes de l'affection. Dans une coxalgie récente, la formation d'un abcès tuberculeux, lorsqu'elle survient, est toujours assez rapide, elle est en rapport avec la présence de lésions destructives graves de l'articulation et avec un mauvais état général. Dans ces conditions, c'est moins le volume de l'abcès qu'il faut considérer que les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

Il est inutile d'insister sur ce point après ce que nous en avons dit à propos de la coxotuberculose en particulier.

Un abcès tuberculeux très volumineux remplissant une fosse iliaque, s'étendant depuis l'arcade fémorale jusqu'aux dernières côtes et constituant, d'après l'avis général de nos classiques, la complication la plus menaçante pour la vie du mal de Pott, ne doit nullement, selon nous, comporter un pronostic absolument grave. Plusieurs de nos malades nous en fournissent la preuve.

Un garçon de 10 ans (obs. XCIII) entré à Berck, en novembre 1894, porte une gibbosité dorso-lombaire à angle droit. Son état général, assez misérable et son teint pâle et terreux, indiquent à l'avance la présence d'un abcès et l'on trouve en effet que la fosse iliaque gauche, et les lombes du même côté sont distendues par une énorme collection. Une première ponction retire 1500 grammes de liquide. Aux ponctions suivantes c'est à peine si cette quantité de liquide diminue; à la neuvième intervention on se contente d'évacuer et de laver la poche, le liquide cesse du même coup de se reproduire et la guérison semble confirmée.

Chez un autre malade (obs. XCII) garçon de 12 ans, arrivé à Berck en novembre 1894 avec un mal de Pott dorso-lombaire indiqué par une énorme gibbosité, un abcès symptomatique remplissait la fosse iliaque gauche, passait sous l'arcade crurale et formait une seconde poche qui distendait la face interne de la

cuisse depuis le voisinage du pli de l'aîne jusqu'au condyle interne du fémur ; l'aponévrose et la peau de la région formaient une membrane assez mince étendue sur cette vaste collection. La cuisse était doublée de volume, la jambe et le pied étaient le siège d'un œdème mou et volumineux sans aucun doute par suite de la compression des vaisseaux. Cet œdème a disparu après la guérison. La santé générale de cet enfant paraissait très compromise, la peau de la face et celle de tout le corps offrait la teinte pâle, terreuse caractéristique des suppurations chroniques.

Par une première ponction nous recueillons 1100 grammes d'un liquide crémeux, s'écoulant sans difficulté.

Nous avons dû répéter trois fois l'intervention, la guérison a été obtenue en deux mois.

Notre statistique nous permettrait de multiplier les exemples.

Mais il est inutile d'insister sur une énumération de faits qui se présentent sous les mêmes traits généraux. Pour nous le gros volume d'un abcès tuberculeux, qu'il s'agisse du mal de Pott ou de la coxotuberculose, n'est pas par lui-même une preuve de gravité.

On peut en dire autant du nombre des abcès. N'a-t-on pas déjà vu plus haut que les abcès bi-iliaques du mal de Pott ont guéri sous nos yeux sans difficultés particulières ?

Chez l'enfant P... (obs. LIII) arrivé à l'hôpital maritime avec un mal de Pott lombaire et un gros abcès dans chaque fosse iliaque, la situation aurait paru désespérée, si la maladie avait dû être abandonnée à sa marche naturelle. Huit ponctions ont été pratiquées à droite, deux ponctions à gauche. Le traitement a été long (huit mois), traversé par une complication purement accidentelle, hémorrhagie dans l'abcès à la suite d'une ponction,

et cependant on a vu la santé générale du malade s'améliorer progressivement en même temps que les deux collections l'une après l'autre ont diminué de volume et fini par disparaître. Le malade guéri est resté en observation sous nos yeux pendant neuf mois.

A ce fait nous pourrions en ajouter un autre tout à fait semblable, celui de l'observation LII, chez lequel un mal de Pott lombaire était également compliqué d'un gros abcès dans chaque fosse iliaque. Le rapprochement est plus intime encore, la même complication d'hémorrhagie s'est produite dans une des fosses iliaques, le traitement un peu plus lent, a évolué de la même manière vers la guérison, mais le malade a quitté Berck à un moment où la guérison n'était pas assez confirmée.

Une petite fille de Metz (obs. LXV), âgée de 5 ans, nommée Sch..., est envoyée à Berck, au petit hôpital, en juin 1894. Elle est atteinte d'une arthrite tuberculeuse du cou-de-pied droit, dans laquelle elle a subi une opération; d'un abcès tuberculeux de la région du poignet gauche et enfin d'un mal de Pott lombaire. Au niveau du cou-de-pied droit il reste deux petites fistules donnant issue à une suppuration très peu abondante, quelques gouttes seulement. L'abcès de la région du poignet gauche, n'est pas lié à une arthrite tuberculeuse. Le mal de Pott lombaire est compliqué de la présence d'un abcès assez volumineux dans chaque fosse iliaque.

Deux ponctions et deux injections de naphтол camphré sont pratiquées dans l'abcès de la fosse iliaque gauche qui paraît le plus superficiel. Au bout de 4 semaines ce premier abcès ne laisse plus d'autre trace qu'un léger degré d'épaississement de la fosse iliaque.

On traite ensuite de la même manière l'abcès de la fosse iliaque

droite. On fait également deux ponctions et deux injections de naphtol.

En moins de deux mois on a obtenu la guérison des deux abcès.

Pendant la même période l'état général de la petite malade s'est amélioré d'une manière frappante. Les deux fistulettes du cou-de-pied se sont fermées et l'abcès situé sur la face dorsale de l'extrémité inférieure du radius gauche, après s'être ouvert spontanément a guéri lui aussi sans aucune intervention.

Chez deux petits malades actuellement présents à l'hôpital maritime nous avons eu à traiter également un double abcès tuberculeux occupant les deux fosses iliaques et symptomatiques d'un mal de Pott lombaire. L'abcès bilatéral offrait cette particularité, peu fréquente, que les deux collections communiquaient librement entre elles, par l'intermédiaire d'un trajet qui, vraisemblablement, passait d'un côté à l'autre au travers ou au devant des vertèbres malades. Nous nous sommes aperçu en effet, en pratiquant les ponctions, que l'on pouvait par le trocart, introduit dans l'un des abcès, les vider tous les deux, les remplir de solution d'acide borique à plusieurs reprises pour compléter l'évacuation et sans doute aussi faire pénétrer dans les deux à la fois le naphtol camphré injecté. L'un d'eux a guéri (obs. LXI) après quatre ponctions à droite et deux à gauche pratiquées en l'espace de deux mois.

Nous avons constaté avant la fin du traitement que la communication entre les deux abcès avait cessé.

On voit, par ces quelques exemples, qu'un double abcès tuberculeux, compliquant le mal de Pott, n'est pas une lésion qui résiste d'une manière remarquable à la méthode des injections. On aurait pu croire que cette forme de la tuberculose vertébrale, habituellement considérée, à bon droit, comme si grave, si redoutée

des opérateurs, devait aussi laisser les ponctions et les injections impuissantes. Or, les 8 cas dont nous avons recueilli les observations à l'hôpital maritime, ne nous frappent au contraire que par la régularité avec laquelle le processus de la guérison a évolué. Rien n'a distingué ces cas d'abcès bilatéral des cas d'abcès unique.

Ce que nous disons des abcès multiples du mal de Pott n'est pas toujours applicable aux abcès multiples de la coxotuberculose. Nous avons précédemment exposé les raisons de cette différence. On a vu, en effet, que les abcès multiples de la coxalgie se produisaient surtout lorsqu'il s'agit d'une forme grave de cette affection, qu'ils apparaissaient le plus souvent à une période assez précoce et que si leur guérison était difficile à obtenir, on devait moins l'attribuer au volume et au nombre des collections tuberculeuses qu'à la gravité des lésions destructives de l'articulation et à l'absence du travail de réparation. Nous nous sommes suffisamment étendu sur cette question particulière pour qu'il soit utile d'y revenir.

Outre le volume et le nombre des abcès tuberculeux qui peuvent compliquer le mal de Pott ou la coxotuberculose, un troisième caractère a frappé les anatomo-pathologistes, nous voulons dire la longueur souvent excessive du trajet qui s'étend depuis le foyer d'origine, osseux ou articulaire, jusqu'à l'extrémité opposée de la poche. Nombre de fois, M. Ménard, cherchant à modifier les fistules du mal de Pott par des injections antiseptiques portées le plus près possible des vertèbres malades, a introduit en notre présence une sonde urétrale en gomme ou en caoutchouc dans un orifice placé soit dans le triangle de Scarpa, soit en arrière de la cuisse, au voisinage du pli fessier.

L'instrument s'est parfois enfoncé tout entier dans le trajet.

Chez plusieurs malades on a vu ainsi que la longueur du trajet exploré dépassait 20, 25 et même 30 centimètres : c'est là du reste un fait bien connu. Ce qui l'est moins, c'est l'influence que peut avoir ce long canal sur les résultats du traitement par les injections modificatrices. Quelques exemples montreront mieux que tous les raisonnements ce qui en est à cet égard.

Chez une enfant atteinte du mal de Pott (obs. XCII), l'abcès tuberculeux symptomatique descendait au devant de la cuisse droite jusqu'au voisinage du cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou. De plus il était superficiel et paraissait sous-cutané. La guérison n'en a pas moins été obtenue rapidement en deux mois, moyennant trois ponctions.

Dans un cas auquel nous avons fait allusion plus haut à propos de l'énorme volume de certains abcès tuberculeux la poche qui se rattachait par son pédicule à une lésion lombaire, descendait au-dessous du triangle de Scarpa jusqu'au milieu de la cuisse, et nous avons vu que chez ce malade ni le volume, ni la longueur du trajet n'avaient mis obstacle au succès.

Nous pourrions encore multiplier les exemples, mais nous pensons qu'il est inutile d'insister plus longtemps sur ce sujet.

Influence du siège des abcès. — Dans la pratique des injections modificatrices on pouvait prévoir que le siège des collections traitées n'offrait qu'un médiocre intérêt. Pourvu qu'on puisse sans danger de blesser aucun organe important pénétrer sûrement dans la cavité, toute autre considération ayant trait à l'anatomie de la région n'a plus qu'une importance secondaire, que l'abcès de la coxotuberculose soit situé dans la fosse iliaque, dans l'épaisseur des adducteurs, ou sur des points plus accessibles à la face antéro-externe de la cuisse, dans la région fessière, l'exécution technique de la ponction, des lavages et de l'injection

offre partout la même facilité. Les suites thérapeutiques sont aussi tout à fait analogues, et il nous serait difficile de dire en quelle région autour de la hanche les abcès tuberculeux ont guéri soit le plus facilement soit le plus difficilement. Partout nous en avons vu de plusieurs variétés à ce point de vue, guérison rapide en quelques semaines avec une, deux ou trois interventions ; guérison longtemps attendue, plusieurs mois, ayant nécessité un grand nombre d'injections.

La même argumentation est applicable aux abcès du mal de Pott. Il est vrai que le plus grand nombre de ceux-ci occupent les fosses iliaques ou la face antérieure de la cuisse. Mais lorsque par exception, nous avons eu à traiter des abcès se montrant à la région lombaire ou à la région dorsale dans une gouttière vertébrale nous n'avons point rencontré de difficultés spéciales.

Dans le cas très complexe de l'enfant Bez... (obs. LI) qui portait à la fois une arthrite tuberculeuse de chaque genou et un mal de Pott double, dorsal supérieur et dorso-lombaire, un abcès volumineux, apparu sur le côté gauche de la colonne lombaire, a guéri avec une rapidité inespérée dans un état aussi grave. La résorption a été obtenue en 3 mois, et nous l'avons vue confirmée depuis 22 mois.

Une petite fille, traitée au sanatorium des Pupilles de la Seine (maison Parmentier) était atteinte d'un mal de Pott dorsal dont la gibbosité peu marquée occupait à peu près le milieu de la région. Un abcès tuberculeux devint superficiel dans la gouttière vertébrale gauche, à quelque distance au-dessous de la gibbosité. Cet abcès traité par les injections guérit en 2 mois.

Ces notes, concernant l'influence du siège sur l'action des injections modificatrices, seraient superflues, si elles ne nous servaient à esquisser une comparaison entre la méthode de traitement sui-

vie à l'hôpital maritime, et les opérations sanglantes encore en faveur près d'un certain nombre de chirurgiens.

Si le curettage d'un abcès tuberculeux est aisément pratiqué, lorsque la collection superficielle occupe une région d'un accès facile et anatomiquement peu dangereuse, il est au contraire impraticable dans certaines régions. Les coxalgiques qui ont subi cette opération du curettage et qui sont ensuite envoyés à Berck sont affectés d'abcès siégeant, dans la plupart des cas, au devant et en dehors de la cuisse, quelquefois sur la région de la fesse, mais nous n'avons pas vu la même opération pratiquée sur les abcès de la coxalgie occupant soit la fosse iliaque, soit la région des adducteurs. Effectivement le curettage des collections occupant ces deux derniers points conduit inévitablement à pratiquer la résection de la hanche, intervention avec laquelle nous ne voulons pour le moment établir aucun parallèle.

Les difficultés que l'on rencontre dans le curettage des abcès du mal de Pott sont si évidentes quelle que soit la région sur laquelle on opère et quelle que soit la distance qui sépare l'incision cutanée de la vertèbre malade, que nous n'insisterons pas sur ce que M. Ménard appelle « l'indifférence du siège des collections que l'on traite par les injections modificatrices ».

D'ailleurs nous devons dans la suite comparer les avantages et les inconvénients de chaque procédé de traitement.

CHAPITRE V

Marche et complications du traitement.

SOMMAIRE. — L'abcès est un diverticule du foyer tuberculeux primitif. — Importance de la guérison de l'abcès.
Durée du traitement, avantage de cette durée.
Caractères de la guérison de l'abcès. — Rapport entre la guérison de l'abcès et la guérison du foyer d'origine. — Guérisons confirmées.
Rechutes et récidives. — Leur traitement.
Apparition d'un nouvel abcès dans une autre région.
Complications. — Fistules temporaires : définition, pathogénie et traitement.
— Fistules persistantes.
Rareté des accidents toxiques. — Symptômes. — Action toxique spéciale du naphthol.

§ 1. — Marche du traitement.

On ne doit pas oublier que nous n'avons en vue que le traitement de l'abcès tuberculeux, diverticule du foyer osseux d'origine, c'est dire qu'il ne convient pas de considérer ce que nous appelons la guérison de l'abcès tuberculeux comme une guérison complète de la maladie dans son ensemble. Il y a même une certaine difficulté à déterminer avec précision la portée et le caractère durable des résultats thérapeutiques dont nous décrivons les principales circonstances.

L'anatomie pathologique enseigne d'une manière évidente que la lésion vertébrale dans le mal de Pott, les lésions de la hanche dans la coxalgie, forment une seule et même affection avec les abcès tuberculeux symptomatiques.

Aussi longtemps qu'un tubercule vertébral n'a pas dépassé

les limites de l'os primitivement malade, il reste absolument en dehors de toute action thérapeutique directe. Le malade est soumis au repos dans de bonnes conditions hygiéniques, circonstance favorable à la réparation spontanée, c'est-à-dire à l'effet de l'organisme pour circonscrire le foyer de culture bacillaire et en amener à la longue la résorption.

On ne fait pas davantage lorsque l'on soumet au repos, dans l'attitude couchée, et à l'extension continue, un enfant atteint de coxalgie à la première ou à la deuxième période ; on se borne à favoriser la réparation spontanée.

Ce traitement, que l'on est d'accord à juger comme rationnel, et qui représente actuellement ce dont la médecine est capable, est en somme tout négatif. Nous ne disposons d'aucun médicament, d'aucun vaccin dont l'action directe sur l'organisme, soit capable de modifier sans contredit la marche des foyers tuberculeux des os et des articulations. Sans nier les avantages que l'on peut retirer de l'usage interne de l'huile de foie de morue, de l'iodoforme, de la créosote, du gaiacol, etc., il nous reste cette impression qu'aucune action positive sur les cultures du bacille dans l'organisme n'est scientifiquement démontrée. Le bénéfice attribué aux diverses médications de même que celui que l'on retire de l'hygiène est dû à une modification de l'organisme lui-même qui peut aussi devenir plus apte à la résistance. Les conditions physiques, démontrées favorables par l'expérience des chirurgiens, telles que le repos dans le décubitus dorsal, l'extension continue, etc., n'exercent pas non plus une influence directe sur le bacille, mais la pratique ayant démontré que la mobilisation des foyers de tuberculose externe avait vis-à-vis du foyer bacillaire le rôle d'un excitant, d'un irritant, et comme telle favorisait son extension, il est en effet rationnel de prescrire le repos

et un repos très prolongé puisque l'affection elle-même a une très longue durée.

Nos connaissances thérapeutiques d'ordre médical relatives à la tuberculose osseuse ou articulaire se résument encore dans une formule presque décourageante ; aucun agent médicamenteux, aucun virus vaccin n'est connu, qui tue le bacille tuberculeux ou même arrête son action, comme l'iodure de potassium et le mercure arrêtent les manifestations syphilitiques.

Si, au lieu de considérer la tuberculose vertébrale ou coxale à son début, on l'envisage à une période plus avancée lorsqu'elle s'est prolongée loin de la vertèbre ou loin de la cavité articulaire sous la forme d'abcès symptomatique, quelle ressource nouvelle trouvons-nous dans la thérapeutique ? Rien, bien entendu, parmi les moyens d'ordre médical. Les chirurgiens agissent volontiers à l'époque actuelle, non pas sur la vertèbre malade, difficilement accessible, non pas sur la hanche, dont la résection est encore une opération grave et de conséquences aléatoires dans ses suites éloignées, mais sur le diverticule du foyer articulaire ou osseux, sur l'abcès.

Le moment n'est pas venu de discuter les avantages ou les inconvénients respectifs des interventions sanglantes proprement dites, incision, drainage et curettage, et de la méthode, en apparence moins entreprenante, des injections modificatrices.

Les faits nombreux dont nous disposons nous ont montré, pendant notre séjour à Berck, non seulement l'action directe des injections modificatrices sur l'abcès, mais de plus nous ont permis d'interpréter leur mode d'action, et de suivre la marche de cette guérison partielle, et enfin d'entrevoir, osons-nous dire, un rapport positif entre la guérison des abcès symptomatiques et la marche favorable de la lésion d'origine coxale ou vertébrale.

Nos statistiques mettent en évidence un premier fait : la guérison des abcès tuberculeux sous l'influence des injections de naphthol camphré, employées par nous, ou d'un autre liquide modificateur exige un certain temps, depuis un jusqu'à douze ou quinze mois. Les partisans des opérations sanglantes trouvent là, sans doute, un argument contraire à la méthode des injections. Nous en jugeons autrement. « La rapidité de la cure offre peu d'intérêt. Il importe médiocrement que l'abcès, symptomatique d'une coxotuberculose ou d'un mal de Pott, disparaisse à bref délai. Un succès plus lent a presque la même valeur pour une raison facile à exposer.

« L'abcès tuberculeux n'est qu'un appendice ou diverticule du foyer osseux ou articulaire, et lorsqu'on fait disparaître en quelques jours par un curettage aseptique la poche de cet abcès, il ne s'ensuit nullement que la lésion d'origine qui n'a pas été atteinte par l'instrument soit aussi guérie. C'est le contraire qu'il faut admettre, on en a la preuve à chaque instant. L'abcès guéri si rapidement ne tarde pas à se reproduire si un traitement rationnel de l'affection principale, tuberculose de la hanche ou des vertèbres, n'est pas maintenu durant une longue période, et il se reproduit souvent malgré toutes les précautions.

« La durée plus longue du traitement par les injections modificatrices n'a aucun inconvénient. Au contraire on peut croire que le naphthol camphré, qui modifie la paroi du tuberculome, porte aussi son influence curative jusque dans la hanche ou dans la vertèbre malade ».

Nous allons revenir sur ce dernier point.

La déduction de ce qui précède s'impose. Puisque la guérison de l'abcès n'est pas associée d'une manière nécessaire à la guérison du foyer primitif, et que le traitement de ce foyer primitif

oblige à des précautions spéciales de longue durée, le malade n'aurait pas retiré un grand profit à être débarrassé tout d'un coup et en quelques jours de son abcès. Nous croyons avoir montré que cette guérison de l'abcès est obtenue à peu de frais, sans secousses, moyennant des soins, attentifs sans doute, mais fort peu pénibles ; que les complications qui la traversent sont peu fréquentes et, sauf très rare exception, sans aucune gravité, en un mot le traitement est simple et d'une efficacité qui soutient hardiment la comparaison avec tout autre.

Quant à sa lenteur elle constitue plutôt, ainsi que nous l'avons déjà dit, un avantage qu'un inconvénient.

§ 2. — Des caractères de la guérison.

Nous n'avons pas hésité à dire que le curettage d'un abcès par congestion ne pouvait pas avoir une influence curative sur le foyer tuberculeux d'origine si l'instrument ne l'attaquait directement. Cette manière de voir est hors de contestation.

Est-il aussi certain que l'action modificatrice de l'injection soit toujours limitée à l'abcès même ? Nous croyons le contraire.

Entre la cavité de l'abcès et la vertèbre malade (mal de Pott), l'articulation de la hanche (coxalgie), une communication constante existe sous la forme d'un trajet de diamètre et de longueur variables, rempli de caséum ou de liquide puriforme. Il n'est point douteux que dans un grand nombre de cas, sinon toujours, le naphтол camphré, qui désagrége la membrane tuberculogène de l'abcès, pénètre aussi dans le trajet et y exerce les mêmes modifications, arrive enfin au fond de ce trajet, c'est-à-dire dans la jointure ou sur la vertèbre. Nous en avons eu dans nombre de

cas la preuve directe. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter à certaines de nos observations (obs. VI, VII, IX, LIII, LII, etc.) dans lesquelles on voit le liquide d'injection passer d'une fosse iliaque à l'autre à travers la vertèbre malade ; passer à travers la cavité de la hanche d'un abcès antéro-externe ou fessier à un abcès des abducteurs. Si dans ces cas complexes on a obtenu avec plus ou moins de rapidité la guérison du double abcès, comment admettre que la lésion intermédiaire ait cessé de fournir du liquide puriforme sans avoir été modifié ?

La démonstration du fait est loin d'être aussi évidente dans la plupart des cas. Rappelons cependant que l'abcès de la fosse iliaque est très voisin de son foyer d'origine dans le mal de Pott lombaire inférieur et lombo-sacré. On conçoit difficilement la guérison persistante de l'abcès sans une heureuse modification de la vertèbre voisine. Si celle-ci conserve sa disposition à produire du pus, pourquoi l'abcès ne se reproduit-il pas rapidement ?

On pourra toujours nous objecter que l'on comprend moins la pénétration de naphthol camphré jusqu'à la lésion d'origine lorsque le trajet de communication, souvent étroit, offre une longueur de dix, vingt, vingt-cinq centimètres et même davantage ; ce qui arrive lorsque l'on traite un abcès de la cuisse symptomatique d'un mal de Pott dorsal. Le minimum de ce qu'il nous est permis d'affirmer en pareil cas, consiste à dire que, la guérison de l'abcès persiste souvent de quelque manière qu'elle se soit produite. Ici nous en revenons à l'exposé des faits.

Des guérisons confirmées. — Le terrain même de nos observations, nous voulons dire observations hospitalières, ne nous laisse pas toujours suivre nos malade aussi longtemps qu'on peut le faire dans la clientèle privée. En outre les injections modificatrices de naphthol camphré ne sont pratiquées que depuis une pé-

riode d'un peu plus de trois ans ; ce qui nous engage à formuler à l'avance une réserve sur le caractère nettement définitif des guérisons indiquées dans nos observations. Toutefois, reconnaîtra-t-on, qu'il n'est pas sans intérêt de relever une forte proportion de cas dans lesquels la terminaison favorable ne s'est pas démentie depuis six, douze, dix-huit, vingt-quatre, trente mois.

Mal de Pott. — Absès symptomatiques guéris depuis :

- 6 mois (obs. LXII, LXIV, LXV, LXX, LXXIII, etc.).
- 12 » (obs. LII, LXIII, LXVIII, LXXIV, LXXVII, etc.).
- 18 » (obs. LI, LIII, LVII, LIX, LXIX, etc.).
- 24 » (obs. LXXVII).
- 30 » (obs. LV).

Coxalgie. — Absès symptomatiques guéris depuis :

- 6 mois (obs. III, V, XIII, XVI, etc.).
- 12 » (obs. VI, IX, XIX, XXI, XXIII, etc.).
- 18 » (obs. II, VIII, X, XXV, XXXIX, etc.).
- 24 » (obs. XIV, XV, XLVII).
- 30 » (obs. XLIII).

Les cas de guérison que nous venons d'énumérer n'étant nullement choisis et appartenant à la généralité des cas que nous avons traités, on peut en induire que la guérison se confirme très souvent, au moins pendant les périodes désignées ci-dessus.

Si nous ne pouvons indiquer plus expressément la proportion exacte des guérisons confirmées dans le nombre total de nos malades, c'est que un certain nombre ont échappé à notre observation en quittant Berck.

§ 3. — **Rechutes et récidives.**

Sous le nom de rechute nous désignons des cas dans lesquels

L'abcès paraissant en voie de guérison ou à peu près guéri a de nouveau augmenté de volume. La guérison était évidemment incomplète ; une circonstance défavorable, comme la marche, ou une altération accidentelle de l'état général, est venue provoquer de nouveau l'évolution aggravante de l'abcès.

Ainsi chez l'enfant M... (obs. VII) atteint d'une coxalgie de forme exceptionnellement grave un abcès volumineux siégeant, à la fois à la face antéro-externe de la cuisse et dans les adducteurs paraissait à peu près guéri au milieu de l'été 1894, lorsque en quelques semaines, on a vu la collection reprendre un gros volume en même temps que la santé générale s'altérait d'une manière manifeste. C'est là une rechute : la guérison n'était pas confirmée. Le traitement a été poursuivi par la même méthode. Toute trace de collection a disparu depuis 3 mois.

Le cas de l'enfant Vanl... (obs. XI) est analogue. L'abcès antéro-externe de la cuisse, symptomatique d'une coxalgie droite, avait très notablement diminué de volume, on en retrouvait à peine une trace. L'enfant ayant marché quelques semaines, la tumeur s'est reproduite, on a pratiqué le curettage de l'abcès et la résection de la hanche.

Un séquestre tuberculeux siégeait dans le cotyle. La réunion totale de la plaie par première intention a été suivie de succès. Le malade est guéri depuis plusieurs mois.

Les récidives diffèrent peu des rechutes. Il est en effet certain qu'un abcès qui se reproduit après une guérison apparente qui a persisté plusieurs mois était incomplètement guéri ; ou plutôt si la cavité de l'abcès était cicatrisée son prolongement restait à l'état de canal avec contenu tuberculeux. Une circonstance occasionnelle a suffi pour remettre en activité le foyer tuberculeux rendu latent pendant une période plus ou moins longue.

Le cas de l'enfant Marthe E... (obs. LXXV) offre cette particularité. Au moment où elle avait quitté Berck en juin 1894, l'abcès de la fosse iliaque gauche, symptomatique d'un mal de Pott lombaire semblait guéri depuis six mois. De retour à Berck en novembre 1894 elle n'éprouvait aucun malaise local mais son teint pâle et la perte de l'embonpoint ont au premier abord fait présumer une reproduction de l'abcès. Effectivement on a trouvé à la partie supérieure et interne de la fosse iliaque interne gauche, une petite tumeur offrant le volume d'une moitié de mandarine. M. Ménard a de nouveau repris le traitement par les injections modificatrices.

Les cas des enfants E... (obs. LXIII) et C... (obs. LVI) se rapportent à des récidives du même genre.

L'importance de ces récidives ne doit pas être exagérée, il s'agit simplement de malades chez lesquels les effets du traitement ont été incomplets. La collection venant à se produire il a suffi de reprendre la méthode de traitement pour amener de nouveau la disparition de la tumeur, disparition que l'on peut croire définitive.

N'en fut-il pas ainsi, le même recours resterait à la disposition du traitement. Nous avons vu le même abcès deux fois traité, se reproduire une troisième fois et ce troisième traitement a de nouveau amené la résorption de l'abcès (obs. XXX). Nous considérons le fait comme exceptionnel, il est isolé dans la série de nos observations.

§ 4. — Guérison d'un abcès tuberculeux suivie de l'apparition d'un nouvel abcès sur un autre point, dans le mal de Pott.

On a dit précédemment que l'action modificatrice du naphthol

camphré se portant sur le trajet faisant suite à l'abcès et même sur la lésion d'origine pouvait modifier heureusement toutes ces parties. Nous n'avons pas voulu dire, il s'en faut, que dans le mal de Pott la guérison d'un abcès de la fosse iliaque interne doive être considérée comme l'équivalent de la guérison de la maladie elle-même. Si cette heureuse conséquence se produit dans un certain nombre de cas, elle n'est assurément pas constante.

L'enfant Math. M... avait été guérie en 1892 (mois de mai) d'un volumineux abcès de la fosse iliaque gauche, symptomatique d'un mal de Pott dorso-lombaire avec gibbosité énorme (obs. LV). Depuis lors elle est restée sous notre observation. On n'a jusqu'à présent retrouvé aucune trace de la collection guérie, mais au mois d'avril 1894 on a vu l'enfant pâlir et maigrir. L'examen, provoqué par ces symptômes généraux, a fait découvrir un abcès de la fosse iliaque droite, qui a guéri en un mois et demi après 3 ponctions. La fillette a été autorisée à se tenir debout et à marcher quelques minutes, puis quelques heures par jour depuis le mois de décembre 1894.

Dans ce cas particulier le mal de Pott dorso-lombaire n'était manifestement pas guéri à la suite de la disparition de l'abcès iliaque du côté gauche. Un abcès analogue s'est produit du côté droit et a été guéri comme le premier. On peut, sans exagération, considérer l'état actuel de la malade comme très heureux après la succession des accidents.

Ce chapitre pourrait être résumé en quelques lignes.

Avant l'apparition des abcès symptomatiques, le traitement classique du mal de Pott et celui de la coxalgie est l'expectation. Le malade est placé en de certaines conditions justement considérées comme favorables à sa santé générale. La médication interne vise aussi cette santé générale, mais on n'exerce aucune action

directe et locale sur la manifestation locale de la tuberculose, L'immobilisation ne peut pas être considérée comme un traitement actif, c'est une précaution diminuant les chances de progression du mal.

A la période d'abcès la méthode des injections modificatrices fournit un moyen non seulement de guérir l'abcès, qui est si l'on veut une complication, et qu'il est beaucoup plus juste d'appeler un diverticule du foyer tuberculeux, mais de plus de modifier favorablement l'affection dans son ensemble : abcès, foyer d'origine, trajet de communication.

Tout foyer tuberculeux osseux ou articulaire se compose essentiellement d'une cavité en général unique, de forme plus ou moins complexe, dont la paroi est le lieu de culture du bacille, dont le contenu est le produit de dégénérescence engendré par le même agent.

Le traitement rationnel consiste :

1° A évacuer le contenu, corps étranger dangereux par son volume ou son siège, et se résorbant assez rarement, toujours très lentement ;

2° A arrêter la culture bacillaire de la paroi.

Ces conditions sont remplies si l'on agit sur le foyer par la cavité, elles ne le sont pas si l'on agit en dehors de la paroi.

La méthode des injections modificatrices est la seule qui, agissant par la cavité, soit capable de modifier par un procédé simple, la cavité tuberculeuse dans son ensemble, toutes les fois qu'elle est inaccessible ou difficilement accessible aux opérations sanglantes, comme c'est le cas dans la tuberculose du rachis et de la hanche.

§ 5. — **Complications.**

1° *Fistules temporaires.* — A la suite d'une injection de naph-tol camphré dans un abcès tuberculeux la réaction inflammatoire consécutive est presque toujours nulle. Si par exception elle se montre, elle est très modérée. Nous n'observons jamais ni rougeur de la peau, ni œdème de la région, ni endolorissement ; le gonflement n'apparaît que dans certaines circonstances, lorsque les injections sont répétées trop souvent ou lorsque le liquide se reproduit rapidement. Dans ce dernier cas il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un gonflement des parties molles, mais d'une distension de la poche qui peut nécessiter une nouvelle ponction, c'est ce qui arrive assez souvent après les premières ponctions des gros abcès.

Il ne faut pas confondre la distension de la poche avec l'œdème des parties molles. Cet œdème n'est pas généralement superficiel, il siège principalement dans le voisinage immédiat de la poche. On verra plus tard que, dans certains cas, la collection que l'on a évacuée se trouve remplacée par une masse molle, fluctuante, où l'on s'attend à trouver du liquide ; cependant nous avons été un certain nombre de fois abusé par cette apparence ; une tentative de ponction n'a donné issue qu'à quelques gouttes de sang et dans la suite la tumeur ponctionnée n'a pas tardé à diminuer progressivement de volume en même temps qu'à augmenter de consistance. Elle a fini par se résorber entièrement, il n'est pas douteux qu'elle était constituée pour la plus grande partie, sinon exclusivement par un gonflement des parties molles et non par du liquide (obs. LVII et XLIX).

Malgré ce caractère toujours très modéré de la réaction inflam-

matoire après l'injection, il nous est arrivé assez souvent de voir la cicatrisation du trocart faire défaut. Ni la tension de l'abcès, ni surtout aucune rougeur de la peau n'avaient en général fait prévoir cet incident.

Lorsque plusieurs jours après l'injection on enlève le pansement occlusif, le liquide de la poche s'écoule spontanément par le trajet du trocart resté fistuleux. Un certain nombre de fois cette issue du contenu de l'abcès a eu pour effet de soulever le pansement et même de le décoller entièrement.

Nous attachons une grande importance à la conduite à tenir en pareil cas. Nous étions jusqu'à notre arrivée à Berck resté sous cette impression que, dans tous les cas où un abcès s'ouvre de lui-même à l'extérieur, le seul parti à prendre est de l'ouvrir et de le drainer, ou mieux lorsqu'il s'agit de l'abcès tuberculeux, de l'inciser largement et de pratiquer le curettage.

Déjà cependant la pratique des injections d'éther iodoformé avait enseigné que les fistules, qui se forment alors aussi assez communément, étaient généralement d'une grande bénignité, elles se cicatrisent facilement et conduisent, dans un grand nombre de cas, à la guérison ; elles ont des conséquences toutes différentes de celles des fistules qui suivent l'ouverture spontanée des abcès tuberculeux non modifiés.

Les conditions particulières dans lesquelles se produit la fistule après l'injection de naphtol camphré, dans un abcès tuberculeux non ouvert, c'est-à-dire exempt d'infection pyogène, ont inspiré à M. Ménard une pratique spéciale que nous devons exposer avec d'autant plus de détails, qu'étant dans son ensemble assez nouvelle, croyons-nous, elle conduirait, si elle était dénaturée, à des résultats tout autre que ceux que nous avons observés.

Cette pratique est en somme très simple. Elle consiste à évacuer aussi complètement que possible le contenu de l'abcès par la fistule, résultat que l'on obtient par une pression modérée exercée avec la main sur la région de l'abcès. Le plus souvent on parvient à rendre l'évacuation très complète ; il arrive même fréquemment qu'avec les dernières parties du pus qui s'écoule il vient quelques gouttes de sang : on doit alors s'arrêter.

Toute la région de la peau qui confine à la fistule a dû être antiseptisée avec soin avant de commencer l'évacuation ; elle doit l'être de nouveau lorsque l'issue du liquide est terminée : c'est là un point essentiel. La région de la fistule, devenue aseptique et séchée à l'aide de l'éther, ou comme nous le faisons habituellement à l'aide d'un simple tampon d'ouate hydrophile sèche, on referme l'orifice avec un pansement collodionné. Nous prenons souvent la précaution de couvrir l'orifice fistuleux d'une petite quantité de poudre d'iodoforme avant d'appliquer l'occlusion.

Une surveillance attentive doit être exercée les jours suivants. Dès que la poche commence à être distendue de nouveau on enlève le pansement occlusif : deux éventualités peuvent alors se présenter. La fistule est cicatrisée, en ce cas on pratique une nouvelle ponction, suivant les règles habituelles, et la suite du traitement n'est pas modifiée. Si la fistule est restée ouverte on évacue de nouveau l'abcès, puis on applique un nouveau pansement occlusif.

La persistance de la fistule est très variable, de même que ses conséquences thérapeutiques.

On voit, dans un certain nombre de cas, la guérison de l'abcès survenir après une, deux, trois, cinq, six évacuations du contenu. Le liquide ne se reproduit pas, la fistule se cicatrise en même temps que la poche se réunit. Les observations XII, XIII, XIV,

LVII, LXVIII montrent cette terminaison favorable. La guérison ainsi obtenue n'est point passagère, comme on serait tenté de le croire, elle a persisté chez nos malades que nous avons pu suivre pour la plupart durant plusieurs mois.

En regard de ces faits, il faut placer ceux dans lesquels, après la fermeture de la fistule, le contenu de l'abcès se reproduit. En pareil cas, on dirige la suite du traitement suivant les indications habituelles, sans tenir compte de la période fistuleuse (obs. LIX).

Cette période a une durée variable. Nous venons de dire qu'elle pouvait cesser à la suite d'une première évacuation complète ; d'autrefois on est obligé de vider l'abcès un certain nombre de fois à des intervalles qui varient de deux à cinq ou six jours ; par exception on doit le faire tous les jours.

Dans les faits qui nous sont propres nous avons relevé les résultats suivants au point de vue de la durée de la fistule :

Durée de 8 jours	1 cas	obs. XXVI.
10 »	3 »	obs. LVI, LIX, VIII,
15 »	1 »	obs. I.
3 semaines	1 »	obs. XLV.
3 mois	1 »	obs. XLII.
4 »	1 »	obs. XXXVIII.
5 »	1 »	obs. XXIII.
6 »	2 »	obs. LIV, XXXVI.
7 »	1 »	obs. XXXII.
8 »	1 »	obs. XXVII.
10 »	1 »	obs. XLI.

Quelques-uns des faits qui entrent dans la statistique précédente méritent une mention particulière.

« Chez une fillette de 14 ans (obs. VIII) atteinte d'une coxalgie gauche, un abcès symptomatique d'un volume énorme, occupant

à la fois la fosse iliaque interne et la partie interne de la racine de la cuisse avait été déjà traitée plusieurs fois par la ponction et l'injection naphtolée, lorsqu'à la suite d'une de ces opérations le trajet du trocart resta ouvert. Une petite escharre de la peau s'était même formée autour de l'orifice. Des pansements antiseptiques furent répétés tous les jours, puis tous les deux jours après une évacuation complète de la cavité pendant une période de 15 jours. Au bout de ce temps le trajet se ferma, mais le liquide de l'abcès s'étant reproduit on dut pratiquer de nouvelles ponctions qui amenèrent la guérison ».

Dans ce cas, la production d'une escharre autour de l'orifice de la fistule semblait devoir exposer presque à coup sûr, à l'infection pyogénique du trajet et de l'énorme cavité qui lui faisait suite : cette infection ne se produisit pas.

Nous avons cru aussi que la quantité énorme du liquide reproduit tous les jours, tous les deux jours, serait en même temps qu'un obstacle à la réunion du trajet, une cause occasionnelle d'infection par suite de la reproduction indéfinie. Il n'en fut rien. On vit au bout de quelques jours, d'une part, l'escharre de la peau se détacher au niveau de l'orifice et faire place à une petite plaie de très bon aspect qui ne tarda pas à se rétracter, d'autre part, la quantité du liquide diminue progressivement et enfin la fistule se ferma. Durant toute cette période aucune complication fébrile n'avait troublé l'état général de la malade. Il en aurait été à coup sûr autrement si la vaste cavité qui se prolongeait depuis la fosse iliaque jusqu'au bord interne de la cuisse avait été le siège de la suppuration vraie qui est la suite habituelle de l'ouverture spontanée des abcès froids non modifiés.

Ce fait montre avec quelle sûreté on arrive avec des précautions convenables à éviter l'infection d'un abcès grave par son

énorme volume malgré des incidents inattendus, tels que la production d'une escharre. Si la persistance de la fistule peut parfois paraître inévitable, c'est dans un cas de ce genre. Après avoir vu la guérison obtenue si simplement et si rapidement nous avons été convaincu que la fistule temporaire n'était pas une complication par elle-même, mais seulement un incident exigeant une surveillance et des soins minutieux.

La situation superficielle de l'abcès est loin d'être une cause de fistule permanente. Chez une petite fille qui portait un abcès symptomatique d'une coxalgie droite et faisant saillie sous la peau en deux points au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et sur le bord interne de la cuisse, plusieurs ponctions durent être pratiquées sur l'un et l'autre point. Le trajet du trocart, limité à l'épaisseur de la peau n'était pas cicatrisé au moment où le liquide étant reproduit on enlevait le pansement occlusif pour faire une nouvelle ponction. Celle-ci était remplacée par une évacuation simple suivie d'une nouvelle occlusion de l'orifice. On vit la cicatrisation se faire malgré la minceur du tégument et la collection non guérie venait soulever la cicatrice dont la minceur nous faisait dire qu'elle était épidermique. Le même fait se reproduisit à plusieurs reprises et néanmoins la cavité longue et profonde de l'abcès ne fut pas infectée, la guérison fut obtenue à la suite d'une série d'injections sans fistule persistante.

Nous pourrions citer quelques autres faits. Ils montrent tous que la fistule temporaire offre constamment le même tableau clinique quelle que soit la gravité du cas, qu'elle nécessite toujours les mêmes soins et qu'elle guérit sans difficulté.

Pathogénie de la fistule temporaire et interprétation théorique des soins qui lui conviennent. — On a vu que la fistule temporaire survient quelquefois chez des sujets dont l'ab-

cès tuberculeux n'a été le siège d'aucune réaction inflammatoire après les injections antérieurement pratiquées. Nous pensons qu'en pareil cas le liquide injecté, qui, comme on l'a dit, possède une action irritante d'un caractère particulier, a suivi en quelque sorte le trocart lorsqu'on le retirait de la plaie, et s'est opposé à la réunion par première intention. On peut aussi supposer que parfois des parties solides, appartenant à la paroi de l'abcès ou à son contenu, se trouvaient logées, comme il arrive souvent, dans l'extrémité profonde de la canule et en ont été détachées seulement au moment où l'instrument a été retiré. Ces grumeaux caséeux sont capables d'empêcher la réunion.

Ce mécanisme devient vraisemblable si l'on rappelle que la fistule temporaire se produit souvent dans des cas où l'abcès n'est pas superficiel. La présence d'un corps étranger explique bien alors la production de la fistule malgré la longueur de la plaie.

D'autres fois la situation superficielle de la collection, sous la peau, tendue et amincie, est manifestement une circonstance prédisposante.

Nous insistons de nouveau sur un point qui nous paraît de grande importance. La fistule temporaire, consécutive aux injections de naphthol camphré, n'est point le résultat d'une violente inflammation, tout au plus peut-on dire que, dans certains cas, la répétition trop fréquente des injections a fait naître un œdème de la région peu favorable à la réunion d'une nouvelle plaie de trocart.

Le traitement de la fistule temporaire a été réglé par M. Ménard d'après une théorie ayant pour base l'anatomie pathologique elle-même des abcès tuberculeux. A cet égard, notre maître a souvent insisté devant nous sur la confusion que met trop généralement dans l'esprit le terme d'abcès tuberculeux. Le mot abcès,

appliqué aux collections fermées, engendrées par le bacille de Koch est essentiellement impropre dans le langage médical, car le même nom s'applique aux liquides produits par les microbes pyogènes. Aucun lien de parenté n'associe ces deux genres de collection ; on le sait surtout, depuis que la microbiologie a jeté une lumière nouvelle sur la classification des abcès. Les anciens ne connaissaient en quelque sorte qu'un genre d'abcès dans lequel ils établissaient tout au plus de vagues distinctions en espèce en se fondant sur la marche clinique, abcès chauds, abcès froids. Malgré les différences de ces deux qualificatifs, les diverses affections, désignées sous le nom d'abcès, étaient nécessairement unies dans l'idée des médecins par une analogie sinon une identité de nature.

Les notions pathogéniques, créées par la microbiologie, ont servi à fonder au contraire un classement des affections appelées abcès par les anciens en espèces absolument distinctes les unes des autres. Aucune parenté ne reste aujourd'hui entre la collection tuberculeuse, tuberculome ou phymatome, suivant le langage de quelques-uns, et la collection résultant de l'action sur les tissus d'un staphylocoque ou d'un streptocoque.

Le contenu du tuberculome, qu'il soit solide, demi-solide ou liquide, a des propriétés toutes différentes de celles du contenu de l'abcès à staphylocoques ou à streptocoques. Si le terme de pus est employé dans les deux cas ce n'est qu'en vertu d'une ancienne habitude et à cause d'une ressemblance physique grossière. Il ne convient plus de s'arrêter à établir la distinction des deux liquides.

La paroi de l'abcès tuberculeux ressemble moins encore à celle de l'abcès chaud. La membrane tuberculogène, résultat de la modification des tissus sous l'influence du bacille de Koch, donne

naissance par son action dégénérative aux produits caséux sous leurs différentes variétés avec ou sans mélange de liquide. Ni la membrane ni le contenu ne renferment les éléments microbiologiques de la suppuration. La paroi tuberculeuse diffère radicalement de la membrane granuleuse d'un abcès chaud ou d'une plaie se réunissant secondairement. De même la matière tuberculeuse est d'une origine et d'une nature qui la distinguent d'une manière absolue du pus proprement dit.

En résumé un abcès, chaud cliniquement, comme ceux de la lymphangite ou de l'ostéomyélite aiguë, et appartenant soit aux streptocoques soit aux staphylocoques, est étranger au bacille de Koch, et inversement, la collection d'origine bacillaire pure n'a rien de commun avec les abcès à staphylocoque. Si les cliniciens avaient entrevu le fait, les connaissances étiologiques modernes le rendent clair et précis.

Aussi, nous limitant au point de vue restreint de la thérapeutique de l'abcès tuberculeux exempt d'infection pyogène, nous prenons pour point de départ de notre étude la différence qui vient d'être énoncée : le tuberculome ou abcès tuberculeux est une affection nettement distincte et les moyens de traitement qui lui conviennent doivent rester eux aussi non moins distincts.

Dans la pratique des ponctions, telle que nous voulons l'exposer, le plus grand soin doit être apporté à conserver à l'abcès froid ses caractères propres, nous voulons dire à le préserver de l'infection pyogène. C'est ce but qui est poursuivi dans toutes les précautions prises pendant la ponction et l'injection : lavage de la peau, lavage des mains, asepsie des instruments et des liquides employés. On doit moins encore le perdre de vue dans le cas particulier envisagé ici, celui de la fistule temporaire.

Si l'on sait empêcher l'infection pyogène de l'orifice et du trajet

fistuleux, la fistule elle-même cesse d'être une complication. Cette affirmation est devenue pour nous une sorte de maxime d'une application quotidienne dans les salles de l'hôpital maritime.

La ponction et l'injection ayant été faites aseptiquement, l'orifice du trocart ayant été fermé par un pansement aseptique et occlusif, la cavité de l'abcès est à l'abri de l'infection extérieure et, si la plaie du trocart, au lieu de se réunir par première intention suivant l'habitude, reste au contraire ouverte par l'un des mécanismes indiqués, la même infection extérieure est encore facilement évitée. Mais il faut que le malade soit surveillé avec attention ; il serait en effet exposé aux accidents de la suppuration si le trajet fistuleux se trouvait un certain temps sans protection, en contact avec les objets extérieurs, si par exemple, le contenu de l'abcès venant à soulever et à décoller complètement le pansement occlusif, on tardait longtemps à renouveler le pansement comme nous l'avons dit : il n'est pas douteux qu'une pareille négligence aurait pour résultat la transformation de l'abcès tuberculeux pur en abcès tuberculeux suppuré.

On comprendra que nous n'ayons pas eu recours au drainage, le drain aurait été inévitablement un conducteur des agents septiques. Nous avons eu constamment en vue l'idée de conserver l'abcès tuberculeux non guéri et fistuleux à l'état de pureté, en fermant son accès aux microbes de la suppuration et en même temps de laisser sa cavité en contact avec les restes du liquide modificateur injecté.

Nous avons été guidé dans notre pratique par les théories que nous venons d'exposer, cela est vrai, mais c'est pour nous une satisfaction de pouvoir dire, en renversant la proposition, que les résultats de la pratique suivie à l'hôpital maritime confirment chaque jour les mêmes théories.

Fistules persistantes. — La transformation d'un abcès fermé en abcès ouvert, par l'apparition d'une fistule persistante, est un échec de la méthode des injections.

Les cas appartenant à cette catégorie ont été rares à l'hôpital maritime, notre série de 102 observations, dont 48 coxalgies, 5/4 maux de Pott est intégrale en ce qu'elle comprend tous les cas traités par la méthode des injections modificatrices, sans exception. Sur ce nombre nous trouvons un malade chez lequel après une ou plusieurs ponctions l'ouverture spontanée de l'abcès a été suivie d'une fistule persistante et d'une suppuration assez abondante pour qu'on ne put la considérer comme insignifiante.

Nous avons dit, en effet, que chez quelques malades, dont l'abcès était déjà modifié profondément par une série d'injections, une fistulette a pu s'établir tardivement et durer plusieurs semaines, deux ou trois mois même, ne fournir que quelques gouttes de liquide en des intervalles de plusieurs jours et finalement se terminer par une guérison spontanée sans soins spéciaux autres que des pansements antiseptiques. On nous accordera que les faits de cet ordre, doivent être rangés au nombre des succès thérapeutiques et non au nombre des insuccès. Aussi, cette fistulette, que nous avons qualifiée d'insignifiante, n'a-t-elle pour nous aucune ressemblance avec la fistule persistante qui fournit une certaine quantité de pus et nécessite quelques soins particuliers, même une intervention chirurgicale plus ou moins grave. La fistulette insignifiante se termine par la guérison spontanée parce que la cavité de l'abcès a été modifiée, parce que sa communication avec le foyer osseux était d'avance supprimée. L'abcès seul était ouvert, la lésion osseuse ou articulaire d'origine était ou bien guérie, ou favorablement modifiée de telle sorte

qu'elle avait cessé de fournir du pus. Dans ces conditions, la guérison s'est produite et devait se produire.

Lorsque la fistule proprement dite, que nous qualifions de persistante, s'établit et donne une certaine quantité de pus, nous en concluons que l'orifice cutané conduit par un trajet continu jusqu'à l'articulation malade, jusqu'à l'os malade. C'est cette communication du foyer d'origine avec l'extérieur qui fait la gravité de la fistule et qui s'oppose à la guérison spontanée. On ne peut défendre un trajet fistuleux persistant de l'infection pyogène, c'est dire que la hanche tuberculeuse ou que la vertèbre tuberculeuse, atteinte jusque-là de bacillose pure, est désormais le siège d'une infection mixte à la fois bacillaire et suppurée. Nous insistons assez ailleurs, sur la différence radicale entre la bacillose pure et la bacillose compliquée de suppuration pour ne pas nous y arrêter ici.

Constamment on peut déterminer les circonstances qui ont amené la fistule persistante. Tantôt l'abcès était sur le point de s'ouvrir au moment de la ponction, les téguments amincis, distendus, rouges même, non seulement ne se sont pas réunis, autour de la plaie du trocart, mais ils se sont au contraire ulcérés plus ou moins largement, l'abcès devenu ouvert avant d'être modifié a subi secondairement l'infection pyogène.

D'autres fois on doit accuser une faute de technique, telle que, la répétition trop fréquente des ponctions. Nous ne parlons pas du défaut de précautions antiseptiques, il va de soi qu'il en résulterait une infection pyogène de la cavité de l'abcès qui conduirait nécessairement à la fistule.

Nous avons dit ailleurs quelle importance il convient d'attacher à la manière même de pratiquer la ponction dans certains cas. Lorsque chez un sujet affaibli un abcès a déjà soulevé et distendu

la peau, on doit éviter de pratiquer la ponction sur le point où l'abcès menace de s'ouvrir, on enfoncera le trocart plutôt à la périphérie, là où l'abcès est moins superficiel, et au besoin on lui donnera une direction oblique pour lui faire parcourir un plus long trajet sous la peau.

Accidents toxiques. — Rareté de ces accidents. — Symptômes. — Action toxique spéciale du naphtol. — L'usage thérapeutique du naphtol camphré, comme au reste l'usage thérapeutique de la plupart des agents antiseptiques, acide phénique, sublimé, iodoforme, pour ne citer que les agents les plus souvent employés, expose à des accidents toxiques, mais le fait se produit rarement.

L'intoxication se présente sous des formes légères en général, graves quelquefois.

Chez un certain nombre de malades, on observe pendant un, deux ou trois jours, une diminution de l'appétit, coïncidant avec l'odeur camphrée de l'air expiré. Ces inconvénients, qui ne méritent pas le nom de complications, passeraient inaperçus si le malade n'était pas observé attentivement. Nous ne saurions préciser le nombre des cas de cette intoxication très légère, ce nombre est toutefois restreint, l'insignifiance de cette forme autorise à ne pas s'y arrêter plus longtemps.

L'intoxication grave est très rare. M. Ménard a publié à la Société de chirurgie l'observation d'un enfant atteint de mal de Pott lombaire et chez lequel l'injection de 15 à 20 grammes de naphtol camphré dans un abcès migrateur faisant saillie à la fesse, fut suivie de mort. M. Ménard ajoute que si l'interne appelé près du malade dès le début des accidents, l'avait secouru, c'est-à-dire dans la circonstance avait incisé et lavé la cavité de l'abcès, on peut penser que la terminaison fatale aurait été évitée.

C'est ce qui est arrivé chez un autre malade qui avait éprouvé presque immédiatement après l'injection des accidents épileptiformes, l'incision et le lavage de l'abcès pratiqués de suite par M. Ménard, mirent fin à la complication.

Ces deux faits sont les seuls dans lesquels une intoxication grave se soit produite inopinément en dehors de toute circonstance spéciale pouvant la faire prévoir. Chez ces deux malades, atteints le premier d'un mal de Pott lombaire, le second, d'une coxalgie, la quantité de liquide injecté n'avait pas dépassé 20 à 30 grammes. Il est difficile dans ces cas d'expliquer l'intoxication autrement que par une prédisposition spéciale des malades.

Cette prédisposition de certains sujets, qui les rend inaptes à supporter l'absorption des agents antiseptiques, injectés dans une cavité soit ouverte, soit fermée, est restée jusqu'ici indéfinie dans sa nature ; elle n'en est pas moins réelle. Tout récemment, un jeune malade atteint d'une fistule fessière provenant, très probablement, d'une affection tuberculeuse du sacrum, fut soumis par M. Ménard à des injections modificatrices, dans le but de diminuer la suppuration. Or, ce malade ne supportait ni l'acide phénique, ni le sublimé, ni le naphtol camphré, chacun de ces agents provoquait une intoxication grave. Nous avons appris dans la suite que des injections de chlorure de zinc, pratiquées antérieurement, avaient produit les mêmes résultats fâcheux. L'anesthésie générale à l'aide de l'éther, qui dans la suite a dû être appliquée a été suivie, elle aussi, de troubles nerveux, vomissements persistants, refroidissement, choc opératoire sous une forme exceptionnellement grave, sans proportion avec l'importance de l'opération faite, laquelle consistait simplement dans l'incision et le curettage du trajet fistuleux depuis l'orifice cutané jusqu'à la grande échancrure sciatique. On voit que cet enfant

supportait difficilement l'action des agents thérapeutiques les plus divers. Chez lui la prédisposition aux empoisonnements ne peut être mise en doute.

Quelques exemples d'intoxication par le naphthol doivent être mis sur le compte d'une faute de technique. C'est ainsi que chez un enfant de l'hôpital maritime une injection de naphthol camphré ayant été suivie d'une intoxication peu grave, sous la forme toute locale d'un purpura des membres, on commit la faute de répéter les injections, il s'ensuivit une aggravation du purpura. Cet accident commença à disparaître après un lavage simple de la cavité de l'abcès sans injection de naphthol.

Une faute d'un autre ordre, plus dangereuse dans ses conséquences, consiste à injecter une quantité trop grande du médicament. Cette faute doit être évitée plus spécialement quand il s'agit d'une première injection, alors que la susceptibilité du malade est ignorée. Nous ne saurions conseiller de suivre l'exemple d'un praticien qui s'est cru en sécurité en injectant dans un gros abcès 300 grammes de naphthol camphré. L'emploi de la dixième partie de cette quantité aurait été simplement raisonnable.

Si l'intoxication par le naphthol camphré est un fait rare, dans sa forme grave, il n'en est pas moins utile de bien connaître ses signes cliniques. Elle se montre en général quelques minutes, une heure au plus, après l'injection. Le malade se refroidit, le thermomètre s'abaisse à 36°5, 36° même ; la peau est inondée d'une sueur profuse, et en même temps un phénomène tragique apparaît subitement, nous voulons parler des convulsions épileptiformes accompagnées de perte de connaissance. Ces accidents épileptiformes se sont montrés chez les deux malades ayant subi l'injection et auxquels nous avons fait allusion plus haut. Les mouvements spasmodiques sont généralisés ; chez le deuxième de nos

malades, ils offraient une prédominance sur une des moitiés du corps ; il en a été de même chez l'enfant dont nous avons également parlé et qui était si remarquablement prédisposé aux intoxications.

Une question intéressante de physiologie se pose d'elle-même à propos de la complication thérapeutique que nous examinons en ce moment.

Le naphtol camphré se trouvant être, d'après les chimistes, produit par la juxtaposition dans des conditions physiques particulières plutôt que par la combinaison chimique de deux corps différents, naphtol et camphre, on se demande naturellement lequel de ces deux corps doit être incriminé. Après avoir interrogé quelques maîtres, nous étions portée à croire, comme eux que le camphre devait être le principal sinon le seul coupable. En effet, ne voit-on pas les médecins prescrire couramment le naphtol β à la dose de plusieurs grammes par la voie intestinale : on n'a pas relevé d'accidents toxiques provenant de cette médication interne naphtolée.

Mais, un de nos jeunes maîtres, des plus distingués dans la dermatologie nous a apporté sur la question un document d'un vif intérêt. M. Sabouraud nous a communiqué les faits suivants :

« Dans le traitement de la gale de l'enfance, surtout dans la gale pustuleuse, la pommade d'Helmerich, même donnée à moitié dose de carbonate de potasse, cause assez souvent des lymphangites et le traitement est très douloureux quand la gale se complique d'impétigo et d'eczéma.

« On a songé à remplacer la pommade de Helmerich, dans le traitement de la gale pustuleuse de l'enfance et de l'adolescence, par la pommade naphtolée à 1 ou à 5 0/0. Ce traitement, presque aussi rapide que celui de la frotte vulgaire, paraît, chez les en-

fants tout au moins, provoquer des accidents d'intoxication de la dernière gravité et cela, sans que l'on puisse incriminer ni la dose excessive de naphtol ni la surface trop étendue de l'application : il semble donc qu'il s'agisse d'une idio-syncrasie. La seule cause connue jusqu'alors capable de déterminer des accidents de cette nature est sans contredit l'âge du malade. En effet, tous les accidents que nous connaissons sont relatifs à la première enfance. *Il faut donc proscrire d'une façon absolue le naphtol dans le traitement de la gale chez les enfants du premier âge.*

Nous le répétons, ces accidents sont à titre d'exception, mais comme ils ne peuvent être prévus, on ne doit pas se servir de ce médicament chez les petits enfants.

On prescrira le mélange suivant (Vidal) :

Huile d'amandes douces	} à 20 grammes
Onguent styrax,	

faire des onctions matin et soir sur tout le corps pendant quinze jours.

Ou bien :

Huile d'olive	20 grammes
Onguent styrax	10 —

Deux observations démontrent d'une façon indiscutable la toxicité de la pommade naphtolée dans le jeune âge.

Obs. I. — Un enfant de 18 mois a la gale. On lui frictionne les deux bras avec de la pommade au naphtol à 1 0/0.

Une heure après il est pris d'accidents convulsifs. On enlève aussitôt la pommade et l'on donne un bain. Les convulsions cessent de suite. Le lendemain on refait une application de pommade naphtolée et les convulsions réapparaissent.

On supprime le traitement par le naphtol et l'enfant ne présente plus dans la suite aucun accident toxique.

OBS. II. — X... , âgé de 3 ans, entre à l'hôpital avec une éruption de gale. On lui fait une application de pommade naphtolée à 1 0/0 sur tout le corps. Quelques instants après il présente des accidents convulsifs très intenses avec cyanose, contractures, refroidissement, arrêts de la respiration. Le petit malade meurt le jour même avec tous les symptômes de l'éclampsie vraie. »

Sans vouloir faire après cette communication de M. Sabouraud, une induction précise, sur le mécanisme de l'empoisonnement à la suite des injections de naphtol camphré, il est au moins nécessaire de ne pas innocenter le naphtol, comme on est porté à le faire généralement. Dans les faits de M. Sabouraud, les malades ont éprouvé des attaques épileptiformes analogues à celles que nous avons observées nous-même sous l'influence du naphtol camphré. On ne peut s'empêcher de tenir compte de cette analogie dans les symptômes et reconnaître la puissance toxique du naphtol. Il est vrai que le camphre employé dans l'économie et injecté à la dose de un à deux grammes, peut déterminer des accidents convulsifs et épileptiformes ; mais ce sont là des faits fort rares. Si les médecins n'observent pas d'empoisonnement par suite de l'usage interne du naphtol ce n'est pas une raison pour conclure à l'innocuité de cet agent. Pour démontrer cette innocuité il aurait fallu auparavant démontrer que le naphtol ingéré par l'estomac est absorbé en quantité notable par la muqueuse intestinale : notion qui ne nous paraît pas suffisamment déterminée.

Ce qui précède nous engage à accuser surtout le naphtol dans l'intoxication par le naphtol camphré.

Nous ne saurions dire si l'intoxication lorsqu'elle se produit a été l'effet de l'absorption trop abondante ou trop rapide du médicament. Elle n'est d'ailleurs pas en rapport avec la quantité injectée. Dans nos observations, cette quantité avait été plutôt faible.

M. Désesquelle soutient que le naphtol est toujours présent dans les urines à l'état libre chez les malades traités par le naphtol camphré (1). On ne pourrait par suite admettre que l'une des deux alternatives suivantes, à supposer que le naphtol doive être incriminé : ou bien le naphtol a été absorbé trop abondamment et trop rapidement, ou bien c'est le malade lui-même qui offre une vulnérabilité spéciale.

Quant au camphre, il est pour nous d'observation vulgaire que chez plusieurs malades, offrant à la suite des injections de légers troubles digestifs, ou même n'éprouvant aucune sorte d'accident, l'air expiré présente manifestement une odeur camphrée. On ne peut en conclure que le camphre n'est pas toxique mais seulement qu'il a pu être absorbé en quantité notable sans grand inconvénient.

Les quelques documents que nous réunissons ici ont pour but de poser la question de l'empoisonnement par le naphtol camphré dans les termes où elle doit être posée, ils n'ont pas la prétention de fournir une solution complète.

(1) DÉSESQUELLE : « Sur un mode de recherche dans les urines, *Société de biologie*, séance du 22 février 1890.

CHAPITRE VI

SOMMAIRE. — Abscess tuberculeux purs. — Abscess tuberculeux mixtes ou infectés par les microbes pyogènes.

Gravité différente du tuberculome pur et du tuberculome infecté. — Marche différente. — Réaction différente en présence des injections.

On a supposé jusqu'ici que les abscess tuberculeux traités par les injections modificatrices étaient fermés ; qu'aucune ouverture établie spontanément ou par des moyens chirurgicaux n'avait fait communiquer la collection avec l'extérieur et ne l'avait exposée à une infection secondaire. Les procédés opératoires, décrits par nous, la succession des ponctions et des injections, les résultats thérapeutiques exprimés dans nos statistiques, en un mot, tout ce que nous avons dit précédemment, se rapporte au foyer tuberculeux clos et exempt d'infection pyogène.

M. Ménard a déjà établi une distinction radicale, au point de vue thérapeutique, entre les foyers de tuberculose externe à l'état de pureté et les mêmes foyers envahis par les microbes de la suppuration. Les moyens de traitement conduisent à des résultats différents suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre variété.

D'une manière générale d'ailleurs les foyers tuberculeux, quel que soit leur siège, sur un organe viscéral ou sur des régions moins essentielles comme les articulations, les os, les ganglions, ont sur l'organisme une influence toute différente selon qu'ils sont fermés et purs ou qu'ils sont ouverts et infectés.

Chaque jour M. Ménard attire notre attention sur les considé-

ractions de cet ordre en présence des tuberculeux si nombreux et si variés que nous avons sous les yeux,

Rarement la tuberculose pure, sous la forme chronique arrive par elle-même à causer la mort. La tuberculose méningée appartient habituellement à une granulie à marche rapide, de même la tuberculose pleuro-péritonéale. Dans ces formes la culture bacillaire a menacé la vie directement par son étendue ou par son action rapide sur un organe essentiel.

Lorsque la tuberculose affecte une marche chronique elle peut aussi être directement la cause de la mort, si elle se présente sous la forme de foyers volumineux ou étendus agissant sur un appareil aussi indispensable que la protubérance ou le bulbe, le cervelet ou le cerveau. Mais en somme la proportion des décès liés à ce genre de tuberculose est assez faible.

La tuberculose qui siège sur des organes moins importants pour la vie est beaucoup plus rarement par elle-même une cause directe de danger. N'avons-nous pas chaque jour sous les yeux des malades qui portent à la fois des ganglions tuberculeux sans fistule, un ou plusieurs foyers osseux ou articulaires sans abcès ouvert et dont néanmoins l'existence ne paraît pas directement menacée ?

Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de foyers tuberculeux ouverts. Il n'est pas besoin d'une longue expérience clinique pour être fixé sur le contraste frappant qu'offrent, d'une part, le tableau d'un mal de Pott sans abcès ou dont l'abcès non ouvert a été guéri sans fistule, et le tableau d'un mal de Pott fistuleux. La même opposition peut être faite pour n'importe quelle arthrite tuberculeuse d'une certaine importance. Dans la tuberculose de la hanche, du genou, du pied, du poignet, du coude, la suppuration ouverte, lorsqu'elle vient ajouter ses désordres à ceux de l'affec-

tion primitive, culture bacillaire pure, multiplie sans contredire la gravité de la maladie soit que l'on considère le pronostic, soit que l'on envisage les ressources de la thérapeutique.

La vie est compromise par la septicémie chronique, associée directement avec les longues et nombreuses fistules du mal de Pott, à un plus haut degré que par le tubercule vertébral compliqué même de l'appendice plus ou moins long et volumineux, si mal nommé abcès. Le coxalgique n'est menacé directement qu'à la période où la région de la hanche est criblée de trajets et de fistules, lieu de culture des microbes de la suppuration aussi bien et mieux que du bacille de Koch.

Un malade meurt souvent des conséquences de la suppuration chronique avec un foie et un rein gros et amyloïdes. Ce n'est pas autrement que sont emportés les sujets affectés exclusivement d'un mal de Pott ou d'une coxalgie. Pour ces cas spéciaux le danger propre à la suppuration prime le danger de la tuberculose au point de vue de la vie.

Nous irions volontiers plus loin. Dans la phthisie pulmonaire la tuberculose du poumon rétrécit le champ respiratoire par ulcération large, en cas de caverne ; par destruction directe et compression plus limitée, en cas de foyer caséux clos ; mais n'y a-t-il pas une légère part à faire à la septicémie chez le phthisique dont le poumon contient de grandes cavités, tuberculeuses par leur origine, mais envahies manifestement par les agents de la suppuration. La fièvre de ce malade est-elle due au processus tuberculeux ou bien à la suppuration ? On ne court aucun risque d'exagérer en attribuant à la suppuration un rôle important pour ne pas dire prépondérant.

On ne sera pas étonné si, après avoir mis en présence les rôles respectifs de la tuberculose et de la suppuration qui s'associe

avec elle sur divers points de l'organisme, nous arrivons à établir une distinction absolue dans l'ordre des faits qui nous intéressent entre la tuberculose fermée et la tuberculose ouverte.

Après avoir constaté la différence des résultats obtenus par les injections de naphthol camphré dans les abcès tuberculeux purs, dans les mêmes abcès infectés et dans les fistules, nous sommes autorisé à dire que chacun de ces cas comporte un traitement absolument différent. Le fait paraissant évident de lui-même, nous ne l'aurions pas énoncé avec insistance si certains cas n'étaient de nature à produire la confusion dans notre sujet.

Précisons. Nos observations nombreuses démontrent qu'un abcès tuberculeux, lié à la tuberculose rachidienne ou coxale, et survenant comme première complication de cette espèce, guérit presque toujours en un temps variable après un nombre d'injections également variable.

Au contraire le même traitement aboutit le plus souvent à un échec lorsque l'abcès symptomatique est accompagné d'une fistule occupant un autre point de la région et faisant communiquer la lésion d'origine coxale ou vertébrale avec l'extérieur. De nombreux exemples nous en ont fourni la démonstration.

En pareil cas la réaction inflammatoire qui résulte de la ponction et de l'injection naphtholée, au lieu d'être nulle ou modérée, telle que nous l'avons indiqué, se présente plus vive, accompagnée de rougeur, de gonflement et de douleur. La collection se reproduit très rapidement souvent avec des phénomènes fébriles, ascension de température, etc. ; les téguments tendus, puis amincis, ne tardent pas à s'ulcérer sur un point ; une fistule s'établit et reste définitive, telle est la règle.

Les mêmes conséquences défavorables suivent souvent les injections modificatrices pratiquées dans les abcès symptomatiques

de la coxalgie ou du mal de Pott, lorsque ces affections ont déjà été antérieurement fistuleuses quoique la fistule unique ou les fistules plus ou moins nombreuses soient cicatrisées depuis un temps plus ou moins long.

« Il arrive assez souvent que les fistules symptomatiques d'une coxotuberculeuse se forment spontanément à la suite d'une intervention opératoire. Après que cette cicatrisation a été obtenue depuis plusieurs semaines, depuis plusieurs mois, depuis des années même, un abcès nouveau peut encore survenir et il offre des variétés différentes, selon les cas, au point de vue où nous nous plaçons. Dans certains cas, il se développe avec les caractères d'une collection à contenu manifestement pyogénique : la région est douloureuse, chaude, œdémateuse, la température s'élève ; en pareil cas l'incision seule convient.

« D'autres fois, l'abcès est absolument froid et présente l'aspect clinique du tuberculome aseptique. Il est alors permis de tenter les injections ; on réussit assez souvent.

« Certains cas sont indécis ; leur développement est lent, fébrile, indolore ; l'analyse bactériologique du contenu révélerait seule la présence ou l'absence des microbes pyogènes, et l'on comprend que la méthode des injections obtienne des succès divers.

« En un mot, l'existence d'une fistule ou d'une cicatrice, surtout si cette cicatrice est récente, fait prévoir et craindre le caractère infectieux des abcès qui viennent à se montrer autour de la même hanche affectée de tuberculose. Ces collections diffèrent, par conséquent, des abcès fermés qui se sont produits en premier lieu, et l'on n'est pas en droit de s'étonner s'ils réagissent d'une manière différente lorsqu'on les traite par les injections

naphtolées ; en réalité, ces injections n'ont alors aucun inconvénient mais leur succès est moins constant ».

Nous devons faire cette réserve que les distinctions précédentes sont exclusivement fondées sur l'observation clinique. Bien que il soit aisé en matière de thérapeutique de distinguer les succès des insuccès et que par suite on ne saurait nous objecter que notre classement des abcès tuberculeux en abcès purs et en abcès infectés, soit artificiel, il n'en est pas moins vrai que cette étude appelle un complément : l'examen bactériologique et les inoculations.

Pour résumer ce court chapitre nous formulons les deux propositions suivantes.

La méthode de traitement par les injections modificatrices et spécialement par le naphtol camphré est applicable aux abcès tuberculeux fermés et exempts d'infection pyogène.

Les abcès tuberculeux, infectés par les agents de la suppuration, échappent à la méthode, au moins si leur infection secondaire présente une certaine intensité. Peut-être une infection peu virulente, d'origine ancienne (fistule fermée depuis longtemps) n'occasionnant aucune réaction clinique n'est-elle pas incompatible avec le succès des injections.

CHAPITRE VII

Conclusions pratiques.

SOMMAIRE. — Injections modificatrices et opérations sanglantes. — Parallèle entre les deux méthodes en ce qui concerne la tuberculose coxale et rachidienne.

Deux méthodes thérapeutiques actives se sont depuis un certain temps partagées la faveur des médecins et des chirurgiens dans le traitement des abcès tuberculeux. L'une, plus opératoire, procure, lorsqu'elle est pleinement applicable, des succès rapides, brillants et le plus souvent durables ; c'est d'une manière générale le curettage avec toutes ses variétés, limité aux parties molles ou poursuivi dans l'épaisseur des foyers osseux ou même articulaires ; l'autre, moins dramatique dans son application, agit aussi plus lentement, donne des résultats plus tardifs, mais à notre avis fournit plus de guérisons, des guérisons plus sûres et occasionne moins d'accidents : c'est la méthode des injections modificatrices.

Par une opération sanglante, par un curettage intégral, on ne guérit pas un foyer tuberculeux, un abcès par exemple, on l'enlève, on le supprime. L'espoir d'un succès réel et durable, n'est justifié que si cette suppression est radicale. Pour pratiquer le curettage d'un abcès tuberculeux avec sécurité, nous voulons dire suivant le procédé rationnel qui conduit à la guérison, on doit inciser la collection largement, autant que possible sur toute sa

longueur, porter l'instrument et le regard sur tous les points de sa surface interne, sans en oublier un seul, chercher de tous côtés les diverticules qui peuvent s'éloigner de la cavité principale, soit dans le même plan anatomique, soit en traversant des plans musculaires et aponévrotiques, soit même en passant d'une région à une autre. La négligence de ces précautions indispensables amène souvent un échec. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'une réunion par première intention, en apparence parfaite, est suivie de récurrence dans un délai plus ou moins bref, parce que l'opérateur a oublié de nettoyer avec la curette un petit cul-de-sac rempli de fongosités, parce que il n'a pas examiné minutieusement, nous voulons dire regardé de ses yeux, exploré avec le doigt et avec les instruments tous les recoins de la cavité. On doit extirper toute la lésion et nous croyons qu'il est beaucoup moins nécessaire d'insister pour enlever jusqu'à une certaine épaisseur de parties saines sur les régions nettement exposées au regard que de rechercher minutieusement les prolongements cachés.

En un mot le curettage doit être complet, à cette condition essentielle il est utile au malade ; incomplet, il est irrationnel. Nous ne dirons pas qu'il expose à la récurrence, il n'a pas guéri l'opéré, les parties oubliées de la lésion continuent d'évoluer : telle est la règle dont nous voyons tous les jours l'application chez un grand nombre de malades.

Les injections modificatrices, comme le qualificatif l'indique, ne suppriment pas le foyer tuberculeux, elles agissent en le modifiant ; on enlève le contenu, incomplètement d'abord, plus tard, d'une manière plus parfaite, à mesure que les parties nécrosées se désagrègent, et on provoque un travail réparateur de la paroi. Inutile de revenir une fois de plus sur ce fait que le liquide modificateur finit par exercer son influence sur la totalité de la sur-

face interne du foyer, cavité principale atteinte en premier lieu et prolongements divers. On s'est longuement étendu sur cette partie du sujet.

Faisant l'application de ces données au traitement actif de la tuberculose rachidienne ou coxale compliquée d'abcès, examinons comment le curettage doit remplir les conditions requises. Qu'on n'oublie pas qu'en règle générale, presque absolue, en règle absolue pour la pratique, tout abcès symptomatique du mal de Pott et de la coxalgie est primitivement et reste indéfiniment en communication avec la lésion des vertèbres, avec la lésion de la hanche. Il s'en suit que le curettage d'un abcès symptomatique qui n'est pas poursuivi jusqu'à la vertèbre malade, jusqu'à l'articulation malade est une opération incomplète. Le trajet de communication de la collection diverticulaire avec son point de départ est souvent étroite, quelquefois difficile à trouver, il n'en existe pas moins.

Examinons les conséquences du curettage incomplet. Un certain nombre de malades nous ont démontré que la réunion par première intention de l'abcès ainsi enlevé a persisté. Sans doute en pareil cas, le trajet de communication était étroit, le foyer d'origine, peu irrité, donnait lieu à une production faible de liquide puriforme. L'abcès a donc paru guéri, l'état du malade, en somme amélioré, bien que l'affection d'origine n'ait pas été modifiée. Celle-ci est restée dans l'état où elle se trouvait avant l'apparition de l'abcès. Nous n'hésitons pas à dire que ces faits heureux sont, d'une manière générale, exceptionnels. Ils se rapportent, le plus souvent, à des maladies d'origine très ancienne, à des abcès tardifs, produits très lentement et en connexion avec un foyer d'origine en grande partie réparé spontanément.

Ce que nous avons souvent l'occasion d'observer à l'hôpital

maritime de Berck, c'est la récurrence des abcès de coxalgie et du mal de Pott après les curettages incomplets. Cette récurrence se présente sous des formes diverses. D'abord, il arrive fréquemment qu'un porteur d'abcès, gibbeux ou coxalgique, opéré par les mains les plus habiles, avec les précautions antiseptiques, sans aucun doute les plus rigoureuses, nous arrive avec une fistule qui a suivi presque immédiatement l'intervention, le trajet du drain n'a pas été solidement fermé.

Parfois, la cicatrisation paraissait un fait accompli, toute trace d'écoulement avait disparu, au bout de quelques semaines, dès que le malade marche, souvent alors même qu'il est maintenu au repos, quelques gouttes de pus montrent le peu de solidité de la réunion, l'instrument explorateur pénètre à une profondeur de plusieurs centimètres, nous l'avons vu s'introduire dans un trajet de dix, quinze, vingt, vingt-cinq centimètres de longueur et parvenir jusque dans la hanche, jusqu'au voisinage d'une vertèbre lombaire. Habituellement le pronostic de cette petite fistule est grave. A côté d'un petit nombre de cas dans lesquels la cicatrisation s'effectue au bout d'un traitement général favorable, la plupart, au contraire, offrent ensuite le spectacle de ces suppurations interminables et si difficilement curables qui aggravent, d'une manière si décourageante, la tuberculose primitive.

Au lieu d'une fistule on observe souvent la récurrence sous la forme d'un abcès qui se montre sous la cicatrice opératoire dans un point voisin ou sur une région éloignée.

L'abcès sous-jacent à la cicatrice ou voisin est peut-être le plus fréquent. On a déjà expliqué sa pathogénie ; la réunion de la cavité curettée pouvait être parfaite, mais la source de ce premier abcès n'étant point tarie a continué de fournir du pus, qui suivant le même trajet, est venu s'accumuler dans la même région.

La guérison, en apparence parfaite de l'abcès symptomatique après le curettage, peut être suivie, après un délai variable, d'un nouvel abcès dans une autre direction, par exemple, dans la coxo-tuberculose, un abcès antéro-externe a été guéri chirurgicalement, une nouvelle collection se montre plus tard dans les adducteurs.

Insister davantage sur les suites par exception heureuses, en général défavorables, du curettage partiel, nous obligerait à produire des éléments statistiques à l'appui de nos affirmations. Bien que les faits observés par nous soient nombreux, nous croirions sortir de notre sujet en les réunissant ; de plus, comme ces cas proviennent d'origines très diverses, il serait malaisé de les soumettre à un jugement univoque.

Cependant, il n'est pas sans intérêt de passer rapidement en revue le rôle du curettage, envisagé d'une manière spéciale dans la coxalgie et dans le mal de Pott.

Et d'abord, lorsqu'il s'agit de coxotuberculose, il s'en faut que tous les abcès soient également accessibles à la curette. Tous les cas de curettage partiel, pratiqués avec ou sans succès thérapeutique, appartenaient aux abcès antéro-externes, que M. Ménard appelle sous-épineux (c'était le plus grand nombre) ou bien aux abcès de la région fessière. Il est permis d'en conclure que les collections siégeant dans la fosse iliaque, dans la région des adducteurs, dans le milieu du triangle du Scarpa, offrent un appât moins tentant aux entreprises opératoires, à moins que l'on ne trouve que les abcès ainsi placés ne soient considérés comme une indication formelle de la résection de la hanche, ce qui s'éloigne beaucoup de la pratique suivie à l'hôpital maritime : on le dira dans la suite.

Ainsi donc, le curettage est, pour quelques chirurgiens, une

opération rationnelle pour certains abcès de la coxalgie et il ne l'est pas pour d'autres, autrement situés, et le siège seul des abcès symptomatiques servirait de base, d'indication et de contre-indication.

Pour peu que l'on remette en vue la proportion déjà trop faible des succès thérapeutiques après ce curettage d'indication restreinte, on ne s'étonnera pas que nous rejetions, suivant l'enseignement de notre maître, M. Ménard, à Berck, la pratique du curettage partiel dans la coxotuberculose.

Une autre question se présente d'elle-même : le curettage complet doit-il être appliqué au traitement des abcès de la tuberculose. Cela revient à déterminer si la production d'un abcès indique la résection de la hanche, puisque nous avons dit que les abcès symptomatiques communiquent avec la cavité articulaire.

Nous n'ignorons pas, que sur ce point, les opinions ont été et sont encore partagées. Sans entrer dans de nombreux détails, nous nous bornons à dire que nous avons vu des malades, ayant subi la résection de la hanche, faite par divers chirurgiens les plus autorisés, dans des conditions variées :

- 1^o Résection de la hanche avant la période d'abcès ; cas rares ;
- 2^o Résection de la hanche à la période d'abcès fermé ;
- 3^o Résection à la période fistuleuse.

Il ne nous appartient pas de discuter l'indication opératoire ni dans le premier ni dans le troisième cas, le second seul nous intéresse.

Sur le sujet, ainsi limité, un premier point est largement établi par nous ; la résection n'est pas une opération inévitable ; tant s'en faut ; elle peut être presque toujours évitée, même dans les cas qui se présentent sous la forme la plus menaçante.

Il reste à montrer si la résection est ou n'est pas préférable à

la méthode des injections modificatrices par sa simplicité et sa bénignité immédiates et par les caractères de ses résultats éloignés. Nous affirmons que les injections modificatrices répétées même dix et quinze fois constituent dans leur ensemble et malgré leur nombre une intervention plus bénigne que la résection. La démonstration serait inutile, tout ce que nous avons dit antérieurement concourt à la rendre évidente.

Quant aux suites éloignées, examinées respectivement après l'un et l'autre traitement, nous n'hésitons pas davantage. Les malades réséqués de la hanche, à la période des abcès fermés, c'est-à-dire, dans les conditions favorables, ne sont pas tous solidement guéris. Nous avons sous les yeux des opérés qui portent des fistules d'origine cotyloïdienne ou d'origine fémorale, difficiles ou faciles à guérir. On sait aussi que longtemps après une résection de la hanche, qui a été pratiquée aseptiquement, et promptement terminée par une réunion immédiate, un abcès nouveau peut se montrer. L'instrument tranchant n'a pas supprimé toute la lésion.

Laissant de côté ces insuccès si l'on considère les résultats orthopédiques, les auteurs, M. Ollier, en particulier, nous enseignent que si un certain nombre de malades marchent bien, plusieurs ont une marche plus ou moins défectueuse et résistent plus ou moins mal à la fatigue.

A cet égard, les résultats orthopédiques, consécutifs à la pratique des injections, soutiennent facilement la comparaison. Les déformations de la hanche sont nécessairement moindres souvent peu marquées, car les abcès se produisent souvent avant que la luxation atteigne un degré marqué.

Si, au contraire, la hanche est luxée, à l'époque où les malades se présentent avec des abcès, il y a avantage à obtenir la guérison

de l'abcès sans résection. Cette guérison obtenue, le chirurgien aura le loisir de choisir l'époque favorable où il conviendra de donner au membre malade une direction convenable par divers moyens également bénins, redressement, ostéotomie.

**Indications et résultats des injections modificatrices
et des opérations sanglantes dans le mal de Pott.**

Ce qui vient d'être dit des interventions sanglantes dans la coxo-tuberculose peut être, à plus forte raison, répété pour le mal de Pott. Ici encore nous ne mettons pas en doute les succès obtenus grâce au curettage. En effet un certain nombre de malades, atteints du mal de Pott dorso-lombaire ou lombaire, ont subi un curettage pour un abcès de la fosse iliaque ; et nous les avons ici en observation pendant leur convalescence. Chez quelques-uns la réunion post-opératoire se maintient, il n'entre pas plus dans notre esprit de laisser dans l'ombre ces faits heureux pour le mal de Pott que pour la tuberculose de la hanche. Ne disposant pas de la série complète des opérés appartenant à un seul ou à plusieurs chirurgiens, il ne nous convient pas de porter nous-même un jugement absolu dans cette question, d'autant que M. Kirmisson chargé d'un *Rapport sur l'état actuel de la chirurgie du rachis* au dernier *Congrès français de chirurgie*, 1894, a lui-même formulé ce jugement, avec documents à l'appui. Les termes employés par ce maître sont défavorables à l'intervention.

Dans le mal de Pott, « pour ce qui est de l'intervention opératoire s'adressant à la lésion osseuse elle-même, nous n'hésitons pas à la rejeter dans l'immense majorité des cas. Tout d'abord il convient de ne pas perdre de vue que, convenablement traités,

c'est-à-dire soumis au repos et à une immobilisation méthodique, les malades arrivent dans un très grand nombre de cas à la guérison. De ce fait sont demeurés d'accord tous les chirurgiens qui ont pris la parole dans l'importante discussion qui eut lieu sur ce sujet en 1891 à l'*American Orthopædic Association*. Nous n'en voulons pour preuve que ce grand nombre de malades qui viennent vers nous, porteurs de gibbosités plus ou moins considérables, traces d'un mal de Pott anciennement guéri. Du reste, les interventions sanglantes dans le mal vertébral sont loin d'être sans gravité. Quelque soin qu'on apporte à leur exécution, trop souvent elles restent incomplètes et laissent après elles des trajets fistuleux qui conduisent à la septicémie.

« Le malade d'Israël (de Berlin) est mort 37 jours après l'opération de pleurésie purulente consécutive à l'ouverture accidentelle de la plèvre. Dans le cas de Frœnkel, il se produisit une hémorragie veineuse tellement abondante qu'on dut suspendre l'opération. Si nous parcourons les faits rapportés dans le mémoire de M. Chipault, nous n'y trouvons guère de meilleurs résultats. Voici, par exemple, 40 observations appartenant à notre collègue M. Delorme, dont une seule s'est terminée par la guérison complète : 5 malades sont morts ; les 5 autres ont conservé une fistule. Dans une observation de M. Tuffier, il est dit également que le malade conserva une fistule ; les deux faits de M. Roux (de Lausanne) s'adressant à des cas de mal de Pott cervical, n'ont pas été plus heureux, puisque, dans l'un il y eut blessure de l'artère vertébrale au cours de l'opération et la mort arriva au bout d'un an et demi ; dans le second, le malade succomba après trois mois et demi ».

Pour condamner les interventions opératoires, dans le mal de Pott, M. Kirmisson s'appuie sur des faits d'ordre divers. Il invo-

que à la fois les complications opératoires et l'insuffisance des résultats éloignés, réunissant d'ailleurs dans un seul bloc toutes les périodes du mal de Pott : avant l'abcès, à la période d'abcès fermé, à la période fistuleuse (1).

Limitant nos réflexions à ce qui concerne le mal de Pott à la période d'abcès fermé, nous sommes heureux d'abord d'invoquer l'autorité de M. Kirrison qui a corroboré son expérience personnelle par les recherches bibliographiques. S'il nous est permis d'ajouter notre modeste témoignage au sien, nous pouvons affirmer que les faits assez nombreux, observés par nous-même à l'hôpital maritime de Berck, confirment l'opinion du rapporteur du Congrès de Lyon.

En effet, à côté de quelques opérés envoyés à Berck avec une plaie opératoire qui paraît solidement guérie, nous voyons les infirmeries occupées par d'autres malades beaucoup plus nombreux, affectés de fistules post-opératoires, occasionnant en général un état fort grave, la septicémie chronique. Ces fistules n'ont pas toujours suivi immédiatement l'intervention. Chez quelques malades la cicatrisation semblait complète sauf une petite ulcération ou une fistulette insignifiante en apparence. Malgré un repos longtemps maintenu, la fistulette s'est mise de nouveau à suppurer, son trajet va constamment de la peau à la vertèbre malade : c'est assez dire quelle est la résistance de cette complication à toute espèce de traitement.

Comme dans la coxalgie, la plaie opératoire a pu même être guérie un certain temps, puis la suppuration vertébrale est venue soulever et rompre la cicatrice.

En un mot, les interventions sanglantes appliquées aux abcès

(1) KIRRISSON, *Huitième Congrès de chirurgie*, Lyon, 1894, page 526.

tuberculeux clos du mal de Pott, peuvent donner une faible proportion de succès réels, mais, outre qu'elles exposent à diverses complications opératoires, ainsi que l'écrit M. Kirrison, elles laissent souvent après elles, soit immédiatement, soit plus tard, la plus grave des complications consécutives du mal de Pott, la suppuration interminable des trajets fistuleux, source de septicémie chronique et cause la plus habituelle de la mort.

Les opérations sanglantes doivent être rejetées d'une manière plus absolue dans le mal de Pott que dans la coxalgie. On a dit précédemment que les résultats de l'injection modificatrice étaient sans contredit supérieurs à ceux du curettage, mais nous convenons aisément qu'après l'échec du curettage partiel dans le traitement d'un abcès tuberculeux d'origine coxale, la résection de la hanche reste comme dernière ressource du traitement et permet dans un grand nombre de cas d'obtenir une guérison solide.

Rien de pareil dans la tuberculose vertébrale. La suppuration fistuleuse ayant pour point de départ un corps vertébral, et arrivant à l'extérieur à une distance souvent considérable, trouve le chirurgien fort dépourvu de moyens efficaces pour la combattre. Les injections antiseptiques ou modificatrices peuvent réduire la quantité de l'écoulement, favoriser dans une certaine mesure la réparation spontanée, mais elles échouent souvent parce que la disposition des trajets ne permet pas au liquide injecté de pénétrer partout ; d'autrefois, elles sont mal supportées, occasionnent des accidents fébriles ou toxiques : ce qui arrive souvent en particulier chez les malades dont les viscères, foie et rein, sont altérés par la septicémie chronique.

De plus, les interventions, opérations portant sur les corps vertébraux malades et ayant la prétention d'être radicales, ont

donné, on le reconnaît aujourd'hui, des résultats si imparfaits, qu'après une période d'étude, on est prêt à les abandonner.

Ces considérations pourront paraître d'une étendue démesurée pour nombre de chirurgiens dont l'opinion est déjà fixée sur l'efficacité supérieure de la méthode des injections, quel que soit le liquide employé. L'iodoforme, en particulier, en solution dans l'éther ou en suspension dans la glycérine, a déjà fait ses preuves. Notre excuse de débattre une question, jugée pour plusieurs personnes, se trouve naturellement dans la présence, parmi les malades de l'hôpital maritime, d'un certain nombre d'enfants auxquels les opérations sanglantes n'ont pas été favorables.

Les résultats obtenus à l'aide du naphtol camphré et exposés par nous, nous paraissent si convaincants, qu'il est inutile de donner de plus amples raisons pour justifier le rejet du curettage, des évidements, des résections dans le mal de Pott et dans la coxalgie compliqués d'abcès fermés.

Vu :

Le Président de la thèse,
CORNIL.

Vu :

Pour le Doyen,
L'Assesseur,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

OBSERVATIONS

Recueillies à Berck.

I. Coxotuberculose.

OBS. I. — *Coxalgie double. — 1^o Coxalgie gauche, luxation, vaste abcès antéro-externe. Quatre ponctions en six semaines, guérison. — 2^o Coxalgie droite, gros abcès occupant à la fois la fesse et la région interne de la cuisse. Quatre ponctions en deux mois ; période fistuleuse de quinze jours, guérison.*

Arthrite tuberculeuse suppurée du poignet droit, injections de chlorure de zinc. Deux interventions opératoires, guérison.

Arthrite tuberculeuse du coude gauche guérie sans suppuration.

Arthrite tuberculeuse de l'épaule droite guérie sans suppuration.

Guérison des deux hanches confirmée depuis vingt-six mois.

Guérison du poignet droit depuis vingt-quatre mois.

Julio de V..., garçon âgé actuellement (mars 1895) de 9 ans, est arrivé à Berck en mai 1892. Il appartient à une famille de sept enfants parmi lesquels il occupe le quatrième rang, milieu de la série. Tous ses frères (trois) et sœurs (trois) sont exempts d'infection tuberculeuse. Le père et la mère sont bien portants. La famille habitait la campagne aux environs de Santiago (de Chili) son pays d'origine, lorsque Julio alors âgé de cinq ans fut, au mois de septembre 1891, atteint d'une scarlatine qui n'offrit d'abord aucune complication particulière.

Mais trois mois plus tard, décembre 1891, se montrèrent les premiers signes d'une coxalgie gauche. L'enfant ne cessa pas de marcher, l'affection étant peu douloureuse.

En février 1892, la marche devint tout à fait impossible par suite de l'apparition d'une coxalgie du côté droit.

A peu près en même temps que la coxalgie droite, commença une arthrite tuberculeuse du poignet droit.

La famille de V... vient en Europe, à Paris, au mois de mars 1892.

M. Kirmisson redresse les deux hanches, fait une tentative de réduction sur l'une d'elles et applique un appareil plâtré bilatéral avec lequel le petit malade est envoyé à Berck.

Traitement à Berck. — La première précaution consiste à coucher l'enfant sur un petit lit portatif et à lui faire passer la plus grande partie de la journée dehors, au soleil, dans les dunes ou sur la plage. Toutefois ces sorties doivent être imposées avec quelque réserve, l'état général de l'enfant étant extrêmement misérable. L'alimentation très laborieuse ne consiste guère qu'en liquides, lait, bouillon, jus de viande.

Le 5 juin, on applique une gouttière plâtrée pour immobiliser le coude gauche atteint d'arthrite tuberculeuse. Cette affection, inaperçue jusqu'à l'arrivée à Berck, est peu douloureuse. La région du coude est le siège d'une tuméfaction notable surtout en arrière de chaque côté de l'olécrâne. Les mouvements d'extension et de flexion de l'avant-bras sont limités, de même que la rotation du poignet.

Le 10 juin, immobilisation du poignet droit au moyen d'une petite gouttière plâtrée appliquée sur la face antérieure de l'avant-bras et descendant sur la face palmaire de la main et des doigts. L'arthrite du poignet se présente sous une forme grave. La région carpienne est soulevée en arrière sous la forme d'une tumeur arrondie, mollassée, semi-fluctuante et cette tuméfaction empiète en haut sur l'avant-bras, en bas sur le métacarpe. Toutefois, on ne trouve pas de fluctuation nette, il s'agit d'une masse fongueuse sans collection liquide.

Le 30 juin, nous avons constaté depuis plusieurs jours une tuméfaction volumineuse occupant le bord interne de la cuisse droite et la région fessière du même côté. Cette tuméfaction est manifestement fluctuante, il s'agit d'un abcès tuberculeux provenant de la hanche droite. Il est en partie caché par l'appareil surtout en arrière.

Après avoir pris l'avis de M. Kirmisson nous pratiquons une ponction de cet abcès le 30 juin 1892. Cette ponction est suivie d'un lavage avec la solution boriquée et d'une injection de naphtol camphré.

Au commencement de juillet, l'enfant est transporté à Paris. Le 4 juillet, M. Kirmisson enlève l'appareil plâtré et renvoie de suite le malade à Berck.

Aussitôt après son arrivée nous appliquons un appareil à extension continue sur chacune des jambes pour empêcher autant que possible la flexion des hanches, d'ailleurs peu marquée, de s'exagérer.

A ce moment, nous constatons que la hanche gauche est manifestement luxée, le grand trochanter est élevé de deux centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Du côté droit, au contraire, le déplacement de la hanche est peu accentué. Toutefois la ligne de Nélaton passe sous le grand trochanter, un peu au-dessous du sommet.

Du côté droit l'abcès, déjà ponctionné le 30 juin, s'est reproduit. Il occupe la région des adducteurs et la région fessière. Il remonte en avant jusqu'au pli de l'aîne, descend jusqu'au niveau du tiers moyen de la cuisse et soulève en arrière la partie interne et inférieure de la fesse.

Du côté gauche, la coxalgie est également compliquée d'un abcès volumineux situé au-devant du grand trochanter et s'étendant en hauteur depuis le voisinage de l'épine iliaque jusque vers le milieu de la cuisse.

Nous nous décidons à intervenir seulement sur une seule région à la fois. La santé générale du malade est trop compromise pour qu'il nous semble permis d'agir sur plusieurs points simultanément : les deux coxalgies et l'arthrite du poignet droit réclament des opérations spéciales. Nous commençons par le traitement de l'abcès symptomatique de la coxalgie droite, déjà ponctionnée.

Dans le courant de juillet et au commencement d'août 1892, trois nouvelles ponctions suivies d'injection sont faites sur l'abcès de la coxalgie droite. A la suite de la dernière plaie du trocart est fistuleuse lorsqu'on enlève l'occlusion. On profite de cette fistule pour évacuer le contenu de la poche aussi complètement que possible tous les jours puis tous les deux jours pendant une quinzaine environ. Au bout de ce temps la cicatrisation s'opère. Le contenu de l'abcès ne s'est pas reproduit.

Le 9 août, injection de 20 gouttes de solution de chlorure de zinc au dixième dans l'épaisseur des fongosités qui entourent le poignet droit et dans l'épaisseur du carpe lui-même. Cette injection est suivie

d'une réaction douloureuse, assez violente, qui ne s'atténue qu'au bout de 48 heures, et d'un gonflement énorme qui s'étend non seulement en bas sur le dos du métacarpe mais en même temps en haut sur l'avant-bras jusqu'au voisinage du coude. Un épanchement sanguinolent se produit sous la peau au niveau du poignet et aussi à l'avant-bras. Il est évacué par une ponction qui a dû être répétée deux fois à quelques jours d'intervalle. Une fistulette passagère, formée sur la face postérieure du poignet, dure quelques jours seulement. Sitôt qu'elle est fermée le gonflement de la région commence à diminuer, de même que la douleur. Le poignet est de nouveau immobilisé, à l'aide d'une gouttière plâtrée, et soumis à la compression ouatée.

Le 17 septembre, première ponction de l'abcès symptomatique de la coxalgie gauche. Cette ponction est répétée quatre fois en tout, en 2 mois environ. L'abcès est considéré comme guéri au commencement de décembre.

Mais à cette époque, une nouvelle collection apparaît dans l'épaisseur de la fesse droite et semble se rattacher à la coxalgie de ce côté. Nous le considérons comme un reste ou une reproduction de l'abcès de la même région traité par des ponctions dans le courant de juillet.

Deux ponctions, suivies d'injection, sont pratiquées dans la nouvelle collection de la fesse. La dernière est suivie d'une fistule qui dure 15 jours environ et qui guérit ensuite d'une manière définitive.

La fin de décembre 1892 marque la guérison de tous les abcès symptomatiques de l'une et de l'autre coxalgie, guérison qui est restée définitive.

Le 28 décembre 1892, incision et curettage d'un abcès du volume d'une grosse cerise développé sur la face dorsale du poignet au niveau de l'extrémité inférieure du radius et de la partie externe du carpe. Cet abcès s'est produit il y a plusieurs semaines. Au cours de l'opération la curette pénètre dans l'épaisseur du carpe et enlève en même temps que des fongosités, des débris osseux appartenant à la moitié externe du carpe, surtout à la première rangée, mais on n'enlève aucun os dont la forme anatomique puisse être déterminée. Plusieurs petits fragments osseux semblent logés dans une cavité fongueuse comprenant au moins deux ou trois des os du carpe. On ne fait pas la résection complète du

carpe. Le curettage se limite aux parties manifestement ramollies sans attaquer les parties voisines qui offrent une notable résistance. La plaie, laissée béante, est bourrée de gaze iodoformée.

Elle guérit sans incident au bout de deux mois.

Le 3 mars 1893, application d'un appareil silicaté embrassant le thorax et l'abdomen, en haut, et les deux cuisses en bas ; il descend jusqu'au voisinage du genou. Il est fendu sur la ligne médiane du tronc et sur le côté antéro-interne des deux cuisses, revêtu d'une peau de chamois, muni d'agrafes et de lacets suivant notre pratique habituelle à Berck.

Le 12 avril 1893, incision et curettage d'un nouvel abcès du volume d'une noisette, développé sur la face dorsale du poignet, en dedans et assez près de l'abcès antérieurement traité. La curette pénètre encore dans l'épaisseur du carpe et enlève quelques grumeaux osseux avec une certaine quantité de fongosités. Pansement ouvert à la gaze iodoformée. La cicatrisation est complète au bout d'un mois environ.

Le 30 mai 1893, l'appareil silicaté, qui nous paraît d'une médiocre utilité, est enlevé d'une manière définitive.

A cette époque, toute espèce d'empâtement a disparu autour des deux hanches malades. Les parties molles sont parfaitement souples autour de ces deux articulations.

La hanche gauche, qui est manifestement luxée, ainsi qu'on l'a vu plus haut, a conservé quelques traces de mouvements passifs. On peut imprimer à la cuisse gauche une flexion de 15 à 20 degrés. Les mouvements actifs sont nuls.

Du côté droit, la hanche, moins déformée, est aussi ankylosée plus solidement. C'est à peine si on peut imprimer des traces de mouvements passifs à la cuisse. Toutefois, la très légère flexion que l'on produit démontre clairement que l'ankylose de la hanche, quoique très serrée, est fibreuse, suivant la règle, en pareil cas.

A partir du mois de juin on laisse l'enfant couché sans aucun appareil d'immobilisation.

Le 22 juillet on commence l'application de courants faradiques sur les muscles de la jambe et de la cuisse des deux côtés. Ces muscles,

profondément atrophiés, réagissent difficilement d'abord, un peu mieux au bout de quelques semaines.

A la fin d'août, l'état général du malade laissant encore beaucoup à désirer, les deux hanches au contraire paraissant depuis plusieurs mois exemptes de toute localisation inflammatoire, on autorise le malade à faire chaque jour quelques pas avec des béquilles.

L'apprentissage de la marche est long et difficile à cause de l'ankylose des deux hanches et de l'inégalité de longueur des deux membres inférieurs. Le talon du côté gauche remonte à deux centimètres au-dessus de son congénère. Cependant, au bout d'environ deux mois, le malade se promène sans difficulté avec ses béquilles, il n'a plus besoin du soutien d'une autre personne. Cet exercice, permis seulement une demi-heure ou une heure chaque jour, est ensuite prolongé un peu plus longtemps. On continue de promener l'enfant sur sa voiture pendant tout l'hiver 1893-1894.

Au commencement de l'été 1894, le malade revenu à Berck quitte ses béquilles et marche sans appui. La forme défectueuse de la marche, en rapport avec l'ankylose des deux hanches, mérite une courte description.

L'enfant se tient debout, soit sur ses deux membres inférieurs, soit sur un seul membre, tantôt l'un tantôt l'autre, de préférence le droit. Pour garder cette attitude, il faut qu'il exagère l'ansellure normale des lombes pour rétablir l'équilibre du corps compromis par la légère flexion des deux cuisses.

Quand il se met à marcher il commence par s'élever sur la pointe de l'un des pieds, du pied gauche par exemple ; ensuite, il fléchit le genou du même côté en même temps que la jambe du côté opposé, mise en extension, s'avance pour faire un premier pas. Le poids du corps est poussé sur cette jambe (droite) par l'extension du pied gauche complétée avec une apparence d'effort. Le second pas suit le premier par le même mécanisme en partant du pied droit.

Dans cette marche les deux hanches sont à peu près immobiles, le malade marche des genoux. Les pas sont courts, mais en somme avec l'habitude acquise, ils sont rapidement exécutés et la déambulation ne manque pas d'une certaine assurance. Elle s'accompagne d'un certain

degré de balancement du tronc, sorte de dandinement analogue à celui que l'on observe dans la luxation congénitale des deux hanches.

Le poignet droit n'a été le siège d'aucune récurrence, mais le coude gauche a été de nouveau sensible à la pression et légèrement tuméfié à la fin de l'hiver. 1893-1894. De plus, à la même époque, l'épaule droite a été elle-même affectée à son tour. Sans devenir nettement douloureuse, elle a perdu progressivement ses mouvements propres ; le deltoïde s'est atrophié et on imprime à peine quelques mouvements passifs au bras lorsqu'on a fixé l'omoplate. Il n'est pas douteux que cette épaule ne soit elle-même infectée par le processus tuberculeux.

Cette scapulalgie, malgré l'absence de tout traitement, est restée bénigne, elle n'a entraîné aucun trouble autre que ceux que nous venons de mentionner : ankylose fibreuse de l'épaule, atrophie musculaire.

Au mois de juillet et d'août 1894, application de pointes de feu sur le coude gauche de chaque côté et au-dessus de l'olécrâne et sur la région épicondylenne. Ce sont des pointes de feu pénétrantes (ignipuncture) pratiquées à l'aide de la pointe fine du thermocautère qui sert habituellement au traitement des affections oculaires. Le coude malade est immobilisé à l'aide d'une gouttière plâtrée et soumis à la compression ouatée.

Etat du malade le 28 février 1895.

Hanches. — On ne trouve aucun signe qui puisse faire craindre un retour des accidents. Les deux hanches sont entourées de parties molles qui paraissent saines ; mais leurs mouvements n'ont fait à peu près aucun progrès ; les deux ankyloses sont presque aussi serrées qu'elles l'étaient il y a un an. La marche, qui a conservé la même forme défectueuse déjà décrite, est facile et assurée. L'enfant se promène du reste à peu près toute la journée sans faire aucun usage de la voiture. Aucune poussée douloureuse ne s'est produite depuis la disparition des abcès, soit depuis décembre 1892 (26 mois).

Poignet droit. — La guérison paraît absolument complète. Les mouvements de flexion de la main et des doigts, à peu près complets, se font avec une certaine vigueur. L'extension du poignet est satisfaisante. Celle des doigts est incomplète.

On est frappé de la différence de volume qui distingue les deux mains. La main droite, répondant au poignet malade, est visiblement plus petite. Le diamètre transversal du métacarpe est plus court. Les doigts eux-mêmes sont plus courts, plus minces que les doigts du côté gauche.

Coude gauche. — Le coude gauche paraît guéri. On ne trouve plus à peu près aucune trace d'empâtement sur les points antérieurement affectés, régions sus-olécrânienne et épicondylienne. Les mouvements de cette articulation ont repris leur étendue normale.

Épaulé droite. — Cette articulation est restée dans un état stationnaire, ankylose complète, atrophie du deltoïde, aucun phénomène douloureux. L'enfant se sert de son bras droit comme à l'état normal pour les usages habituels.

État général. — La santé de l'enfant, améliorée progressivement après la dernière opération pratiquée sur le poignet droit, est devenue depuis longtemps très satisfaisante. L'embonpoint dépasse la moyenne, le teint est frais, l'appétit, qui était reparu aussitôt après la guérison des abcès coxaux, a toujours été très vif depuis plus de deux ans.

Il semble peu probable que la claudication diminue spontanément dans l'avenir. La résistance des deux ankyloses coxales, mise à l'épreuve depuis dix-huit mois, n'a pas diminué. Les productions fibreuses qui fixent les hanches finiront-elles par se relâcher avec le temps ? Nous n'avons pas à notre disposition des cas d'ankylose serrée des deux hanches après la coxalgie, datant d'une époque assez éloignée pour nous donner par comparaison une solution sur ce point de pronostic éloigné. Quoi qu'il en soit, la gravité des troubles fonctionnels ne nous paraît pas une indication suffisante d'une intervention nouvelle pour le moment. La résection de l'une des hanches ankylosées, de la hanche droite, si l'on veut, qui est la plus solidement fixée, serait un moyen d'obtenir une néarthrose mobile, mais cette opération, qui pourrait être pratiquée aseptiquement, et avec réunion complète par première intention, qui par suite offrirait en elle-même peu de gravité, est cependant, à notre avis, formellement contre-indiquée pour le moment chez cet enfant atteint de cinq grands foyers tuberculeux dont deux au moins (coude gauche, épaulé droite) sont encore à peine

guéris. Il convient de se préoccuper principalement de l'état général du malade et de surveiller les foyers actuellement connus et plus ou moins solidement réparés.

Si, dans un avenir éloigné, après que la guérison des cinq arthrites tuberculeuses aura été confirmée sans laisser de doute, la santé générale de l'enfant reste bonne et si aucune nouvelle atteinte tuberculeuse ne se montre sur un nouveau point, alors seulement on sera autorisé à poser la question de savoir si l'on doit chercher à rendre plus parfaits les résultats du traitement au point de vue orthopédique.

OBS. II. — *Coxalgie droite avec un énorme abcès dans la fesse. — Treize ponctions suivies d'injection de naphthol camphré en sept mois. — La collection ne diminue pas de volume. — Résection de la hanche : deux séquestres. — Réunion par première intention. — Guérison depuis seize mois.*

Albert L..., âgé de 8 ans 1/2, entre à l'Hôpital maritime le 17 juin 1892 pour une coxalgie droite avec flexion de 30°, abduction, rotation en dehors très marquée et un volumineux abcès dans la fesse.

On fait treize ponctions du 30 janvier au 2 août 1893, sans obtenir de résultats. En octobre, on sent encore dans la fesse une tumeur fluctuante, assez volumineuse qui vient faire saillie immédiatement derrière le grand trochanter. Pensant que la communication avec la jointure est interrompue par les injections, on se décide à gratter l'abcès.

Opération, 9 octobre. — Incision de l'abcès, grattage des parois. On trouve dans la peau qui recouvre l'abcès un foyer gros comme une petite noisette de tuberculose inoculée par une des ponctions.

On recherche une communication de la collection avec la hanche, et l'on trouve, après une recherche minutieuse, un trajet étroit à la partie antéro-supérieure de l'abcès, passant immédiatement derrière le grand trochanter et le col du fémur. La curette introduite dans l'articulation en ramène des fongosités et des parcelles osseuses. On agrandit le trajet au bistouri pour pénétrer plus facilement dans la jointure, on gratte la tête fémorale et l'on ramène deux séquestres provenant de l'ancien cotyle. On enlève tout ce qui vient sous la curette : c'est une résection à la curette. Lorsque toutes les fongosités qui recouvrent les surfaces

osseuses sont enlevées, le doigt sent, au niveau du cotyle dénudé, plusieurs dépressions ou fossettes, l'une, assez profonde, répond au cotyle agrandi, une deuxième, au-dessous, est irrégulière et peu profonde ; une troisième fossette est située en arrière du cotyle. Les arêtes qui limitent ces dépressions sont enlevées avec la pince coupante.

La plaie opératoire est réunie sans drain, on cherche la réunion par première intention.

Février 1895. — On a obtenu la réunion par première intention. L'enfant a quitté l'hôpital au mois de février 1895 sans récidence locale.

La guérison est confirmée depuis 16 mois.

OBS. III. — *Coxalgie gauche. — Abscès du triangle de Scarpa et de la fosse iliaque. — Trois injections de naphтол camphré en deux mois. — Guérison.*

Clotilde L..., âgée de 14 ans, entre à l'Hôpital maritime le 22 août 1894. Elle a une coxalgie gauche luxée avec un abcès fermé.

La flexion de la cuisse sur le bassin est de 30°, le membre est en adduction, le pied légèrement tourné en dehors ; les mouvements d'abduction sont presque nuls ; l'ascension du grand trochanter est de 2 centimètres. Le pli de l'aîne est soulevé par une collection volumineuse allant du triangle de Scarpa à quatre travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne. Elle mesure dans le sens vertical 12 centimètres de longueur.

L'abcès se vide très difficilement pendant les deux premières ponctions, des grumeaux mi-solides obstruent le trocart et s'opposent à la sortie du liquide.

On fait en tout trois injections, le 20 septembre, 15 octobre et 28 novembre.

La dernière ponction donne issue à une très petite quantité de liquide filant, visqueux, sans grumeaux.

L'abcès ne s'est pas reproduit.

L'enfant est immobilisée dans un appareil plâtré.

OBS. IV. — *Coxalgie droite douloureuse. — Petit abcès dans le triangle de Scarpa injecté à deux reprises différentes. — Guérison.*

Adélina F..., âgée de 17 ans, est envoyée à Berck le 21 octobre 1893 pour une coxalgie droite douloureuse dont le début remonte à 12 mois.

Elle a été soignée deux fois à l'Hôpital de Luss..., et à deux mois d'intervalle, par le repos au lit, pointes de feu, vésicatoires et piqûres de morphine. Chaque fois on lui a permis de marcher dès que la douleur de la hanche avait disparu.

Elle entre le 21 octobre 1893 à l'Hôpital P... avec une coxalgie droite extrêmement douloureuse. On l'immobilise à son arrivée dans une maison plâtrée. La douleur se calme aussitôt. Nous enlevons l'appareil au mois de mars 1894 et constatons la présence d'un petit abcès dans le triangle de Scarpa. Cet abcès disparaît, après deux injections de naphtol camphré faites à 15 jours de distance. La guérison reste confirmée pendant trois mois.

Au mois de septembre 1894, nous trouvons dans la même région une autre collection du volume d'une petite noix. Nous la reponctionnons. La deuxième ponction reste fistuleuse pendant trois jours.

Nous évacuons le trop plein de l'abcès, refermons au collodion et reponctionnons à une petite distance de la piqûre précédente. Le trajet se cicatrise rapidement, mais par prudence nous renforçons la cicatrice en appliquant à son niveau une mince couche de collodion.

Deux autres injections de naphtol camphré, faites en trois semaines, ont amené la disparition totale de l'abcès qui ne s'est pas reproduit depuis cinq mois.

L'état général est excellent.

OBS. V. — *Coxalgie gauche. — Abcès dans la fesse. — Quatre injections de naphtol camphré en un mois. — Guérison.*

Sp... Émile, âgé de 8 ans, est envoyé à l'hôpital maritime le 22 août 1894. Il a une coxalgie gauche. La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin, le membre est en abduction, le pied dans la rotation en dehors ; l'ascension du grand trochanter est peu marquée. L'enfant est très pâle, on le couche à l'infirmerie.

Le 22 septembre, c'est-à-dire un mois après l'arrivée du malade à Berck, nous constatons que la fesse gauche est globuleuse, mais on ne trouve pas encore de fluctuation. Huit jours plus tard, la fesse est renflée en demi-sphère, très tendue, la fluctuation est nette.

Je fais quatre ponctions suivies d'injection de naphthol camphré, le 24 septembre, les 4, 13 et 17 octobre.

La dernière ponction est suivie d'une tuméfaction assez grande de toute la région ; l'abcès semble augmenté de volume. On ne le reponctionne pas et quinze jours plus tard non seulement la tuméfaction a tout à fait disparu, mais on ne trouve plus trace de fluctuation.

L'enfant est immobilisé dans un appareil plâtré circulaire.

OBS. VI. — *Coxalgie droite. — Hanche volumineuse. — Abscess occu-*
pant à la fois la région des adducteurs et la partie supérieure et externe
de la cuisse. — Les deux collections communiquent ensemble. — Si-
tuation désespérée. — On veut faire la résection. — Les ponctions
sont continuées quelque temps encore à titre d'essai. — L'état loca
s'améliore. — Disparition complète du liquide depuis une année. —
Etat général très satisfaisant.

Juliette V..., âgée de 9 ans, est envoyée à l'Hôpital maritime le 15 juillet 1893, l'état général est très satisfaisant. Elle est atteinte d'une coxalgie droite. La cuisse légèrement fléchie sur le bassin est en abduction, le pied est dans la rotation en dehors.

La hanche est volumineuse, aplatie, et la déformation, qui porte principalement sur la face interne et supérieure de la cuisse, est produite en grande partie par une tumeur fluctuante, de la grosseur d'une orange, qui occupe la région des adducteurs. La fluctuation, nettement perçue en ce point, ne se transmet pas aux régions voisines. Le pli de l'aîne est empâté, les ganglions sont hypertrophiés.

La jointure conserve tous ses mouvements mais ils sont incomplets et douloureux. La hanche est luxée, le raccourcissement apparent est de 3 centimètres.

L'enfant est maintenue au repos, couchée sur un petit lit portatif.

On ponctionne l'abcès le 30 août, c'est-à-dire un mois et demi après l'arrivée de la malade à l'hôpital. A ce moment la collection est deve-

nue volumineuse et superficielle. On retire environ trois cents grammes de liquide jaunâtre, crémeux, sans grumeaux ; la cavité est lavée avec une solution boriquée à 40/1000, injection de naphтол camphré, on referme la plaie du trocart avec du collodion.

Le liquide se reproduit assez vite, ce qui nous oblige à répéter les ponctions plusieurs fois pendant les mois de septembre, octobre et novembre.

Au mois de décembre, l'abcès diminue de volume, ses parois s'épaississent, la fluctuation devient difficilement perceptible, il faut enfoncer le trocart à une grande profondeur dans les tissus pour atteindre le contenu qui est sanguinolent. Mais en même temps que l'abcès des adducteurs diminue, la région supéro-externe de la cuisse devient volumineuse et empâtée, la peau est rouge, luisante, le réseau veineux superficiel très développé. La fluctuation n'est bien nette que le 5 décembre.

Du 5 au 30 décembre, nous avons pratiqué de nombreuses ponctions sur le côté externe de la cuisse et avons acquis la certitude que les deux foyers communiquaient entre eux.

Nous devons dire aussi que, n'étant pas encore bien familiarisé avec le manuel opératoire des ponctions, nous avons répété trop souvent les injections modificatrices : nous avons irrité les tissus et produit un traumatisme local.

En effet, le 2 janvier 1894, nous ne trouvons plus traces de fluctuation à la face interne de la cuisse, mais en dehors la collection a augmenté de volume, la tuméfaction est très grande ; le liquide se reforme très vite : deux ou trois fois on exprime l'abcès par l'orifice d'une ponction restée fistuleuse.

Nous abandonnons les ponctions et, comme l'état général de l'enfant est assez satisfaisant, nous voulons faire la résection et tenter une réunion par première intention. On apporte la malade à la salle d'opérations, mais après l'avoir examinée de nouveau, on ajourne encore l'intervention.

On couche de nouveau l'enfant sur un petit lit portatif et l'on espère le plus possible la date des ponctions.

La tuméfaction de la face externe de la cuisse diminue peu à peu ;

le liquide se reproduit très lentement et en très petite quantité. Un mois plus tard, c'est-à-dire le 15 mars, on ne sent plus de fluctuation, toute la région est souple, la pression n'est pas douloureuse, le réseau veineux superficiel a disparu ; seuls les ganglions de l'aîne sont très volumineux.

Le 6 juin, la cuisse est à peu près revenue à son volume normal ; nous ne trouvons plus trace d'abcès ni à la face interne ni à la face externe. Les téguments sont très souples. Les groupes ganglionnaires de l'aîne et de la fosse iliaque sont encore hypertrophiés.

Une coqueluche grave, compliquée de broncho-pneumonie, compromet sérieusement l'état général de la petite fille pendant les mois de juillet, août, septembre ; toutefois nous n'observons pas de récurrence locale.

La jeune fille est actuellement à l'Hôpital maritime, elle n'a pas d'abcès ; la hanche est immobilisée dans un appareil plâtré circulaire.

La guérison locale est maintenue depuis une année.

Obs. VII. — *Coxalgie gauche. — Abcès dans les adducteurs. — Abcès volumineux à la partie supérieure et externe de la cuisse. — Les deux collections communiquent ensemble. — La hanche est déformée, tuméfiée. — Une opération sanglante paraît indiquée. — On continue les injections de naphthol comprimé. — Le liquide disparaît complètement après une année de traitement. — La hanche est en très bon état. — L'état général est excellent.*

Henri M..., âgé de 8 ans, entre à l'Hôpital maritime le 12 août 1893, avec un très bon état général.

Il a une coxalgie gauche à la deuxième période. On l'immobilise dès son arrivée sur un petit lit portatif et le 2 septembre on lui fait une attelle plâtrée antérieure.

Au mois d'octobre l'enfant commence à pâlir, il maigrit, perd l'appétit. Nous redoutons l'apparition d'un abcès à la hanche. Cette crainte se confirme, deux mois plus tard, la racine du membre se déforme, les mouvements deviennent douloureux, le pli de l'aîne est empâté, les ganglions hypertrophiés et nous constatons la présence d'un abcès, de

la grosseur d'une mandarine, à la partie supérieure et interne de la cuisse, à l'extrémité interne du pli inguinal.

La première ponction faite le 28 décembre 1893 donne issue à un liquide couleur chocolat, mélangé de grumeaux.

La collection se reproduit vite, on pratique trois nouvelles ponctions, le 20 janvier, le 15 et le 20 février.

Le membre est très douloureux, le plus léger mouvement arrache des cris au petit malade, mais la douleur est surtout localisée dans le genou.

La face interne de la cuisse est gonflée, œdématiée, le pli de l'aine est très empâté. La dernière ponction, faite le 20 février, reste fistuleuse, on en profite pour évacuer l'abcès tous les deux ou trois jours ; chaque fois on lave soigneusement la région avec une solution de sublimé et on referme au collodion.

La fistulette persiste du 20 février au 6 mars. L'état local reste le même.

Une ponction pratiquée le 21 mars donne une assez grande quantité de liquide noirâtre, épais. On s'aperçoit alors que l'abcès est formé de deux foyers distincts, qui ne communiquent pas entre eux : un foyer superficiel que l'on vient d'évacuer et un foyer profond, assez volumineux, que l'on vide séance tenante.

On fait sept ponctions du 21 mars au 6 juin : les 2, 6, 9 avril, 4^{er}, 12 et 21 mai, la collection ne diminue pas de volume.

Le 9 juin on trouve un nouvel abcès à la face externe de la cuisse, il est petit, de la grosseur d'un marron. Le pronostic s'assombrit d'autant plus que l'abcès des adducteurs ne change pas d'aspect, exige de fréquentes ponctions et que l'état général du malade est mauvais : pâleur, amaigrissement notable, perte de l'appétit.

Au mois d'août, l'abcès de la face interne se reproduit moins vite, mais celui de la face externe devient volumineux, il fuse le long de la cuisse.

L'état général s'améliore.

Au mois de septembre les deux abcès communiquent largement, on ponctionne sur la face externe de la cuisse.

M. Sevestre voit le malade à ce moment et doute fort que nous fas-

sions disparaître complètement l'abcès par le procédé des ponctions.

Le 15 octobre, la collection est localisée sur la face externe du membre malade ; la région des adducteurs et le pli de l'aîne sont libres, on ne sent plus de fluctuation.

Nous avons fait une ponction le 17 novembre, une deuxième le 29 décembre et une troisième et dernière le 26 janvier 1895. Ces trois ponctions ont été faites sans injection de naphtol camphré, nous avons lavé la cavité avec une solution boriquée à 40/1000.

Le liquide ne s'est pas reproduit.

Les injections de naphtol camphré ont donc duré du 28 décembre 1893 au 26 janvier 1895. Nous avons fait en tout vingt-cinq ponctions. Il faut dire de suite que ce chiffre aurait été certainement moins grand si nous avions connu la marche habituelle d'un abcès que l'on injecte : nous avons ponctionné trop souvent et déterminé une irritation locale manifeste.

OBS. VIII. — *Coxalgie gauche. — Abcès volumineux : la fluctuation se transmet de la fosse iliaque interne à la partie supérieure et interne de la cuisse. — Hanche globuleuse. — Escharré de la grandeur d'une pièce de deux francs. — Fistule pendant dix jours. — Sept ponctions. — Guérison confirmée depuis quinze mois.*

Françoise Ch..., âgée de 14 ans, entre à l'Hôpital maritime de Berck en octobre 1891, pour une coxalgie gauche.

L'enfant est soumise à l'extension continue dès son arrivée à l'hôpital et y reste pendant une année.

En octobre 1892, la hanche est en bon état ; les mouvements sont très étendus. Au mois de novembre, la malade se lève, marche pendant quinze jours puis se plaint d'une douleur survenue dans le genou du côté gauche.

Elle est maintenue au repos jusqu'au 25 avril 1893.

La malade marche avec un appareil silicaté pendant un mois.

Le 24 mai, la hanche est devenue très douloureuse ; on constate la présence d'un abcès à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

On le ponctionne deux fois du 2 août au 15 novembre 1893 : il se reforme mais ne dépasse pas son volume primitif.

Le 28 novembre, l'abcès est devenu très volumineux, le liquide remonte dans la fosse iliaque, d'une part, et vient faire saillie à la partie supérieure et interne de la cuisse, sous la masse des adducteurs ; la fluctuation se transmet nettement en ces deux points. Toute la racine du membre malade est déformée, globuleuse ; le réseau veineux superficiel est très apparent. La région est empâtée, douloureuse. La jeune fille, jusque-là très forte, pâlit et perd l'appétit.

Le 30, on fait une nouvelle ponction à la partie supérieure et externe de la cuisse qui reste fistuleuse.

Une escharre, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, se forme en ce point.

Le 2 décembre, le liquide s'est reproduit, la collection est distendue, la hanche est douloureuse.

M. Ménard ponctionne l'abcès dans sa partie déclive, c'est-à-dire à la partie supérieure et interne de la cuisse, lave la cavité avec une solution boriquée, qui revient en partie par l'orifice de la ponction précédente, restée fistuleuse. Il injecte ensuite du naphthol camphré et ferme au collodion la plaie du trocart, tout d'abord, puis celle qui est au niveau de l'escharre, après l'avoir saupoudré légèrement d'iodoforme.

Le 4, l'abcès est volumineux, on le reponctionne dans la région des adducteurs. Le liquide que l'on injecte sort difficilement par le trajet fistuleux.

Le 9, nouvelle ponction au niveau des adducteurs. On retire environ un demi-verre de liquide huileux. La fistule est fermée.

L'état général de l'enfant s'améliore, elle reprend de l'embonpoint et a très bon appétit.

Le 19, on ne trouve plus de liquide dans la fosse iliaque ; la région des adducteurs est libre. Une tumeur fluctuante, peu volumineuse, aplatie, occupe encore le triangle de Scarpa.

Le 13 janvier 1894, la fluctuation est devenue imperceptible, il n'y a plus trace d'abcès.

Le 17 mars, la hanche est normale, les mouvements sont très libres.

L'enfant quitte l'hôpital avec un état général extrêmement satisfaisant. Elle marche avec un appareil silicaté.

La guérison est confirmée depuis quinze mois.

OBS. IX. — *Coxalgie gauche. — Énorme abcès occupant à la fois la fesse et la région des adducteurs. — Hanche disloquée. — Quinze ponctions et injections en quatre mois. — Guérison confirmée pendant une année.*

Chr... Marcel, âgé de 6 ans, arrive à l'Hôpital maritime le 17 décembre 1892 avec un état général misérable.

La hanche gauche offre un énorme renflement en gigot, au-dessous duquel le reste du membre inférieur est profondément atrophié. Ce renflement est constitué principalement par une collection liquide qui distend toute la région. Elle fait une saillie assez superficielle, à la fois du côté de la fesse, renflée en demi-sphère, et au bord interne et supérieur de la cuisse où l'on voit aussi une tumeur arrondie manifeste. Le volume du renflement de la fesse est assez gros pour être comparé au volume des deux poings.

La pression combinée des deux mains transmet la fluctuation de la région des adducteurs à la fesse et inversement. On ne peut se rendre compte du siège exact du grand trochanter dont la saillie est masquée par l'empâtement. Cependant la luxation est manifeste, le talon du côté malade s'élève à cinq centimètres au-dessus du talon du côté sain.

Le membre inférieur gauche se trouve légèrement fléchi et en adduction assez prononcée ; le pied est tourné en dehors. Lorsque d'une main on fixe le bassin et que de l'autre on saisit la cuisse au-dessus du genou, on arrive, sans provoquer de douleurs trop vives, à imprimer à l'extrémité supérieure du fémur des mouvements alternatifs d'ascension et de descente, ce qui nous fait dire que la hanche est disloquée : l'extrémité du fémur semble avoir perdu ses attaches solides avec le bassin.

Le malade est profondément amaigri. On ne trouve aucun autre foyer tuberculeux extérieur ni viscéral.

Après une certaine hésitation sur la question de savoir s'il convient d'intervenir par une opération sanglante, nous nous décidons à tenter d'abord, et à titre d'essai, l'usage des ponctions.

La première ponction est pratiquée le 24 décembre 1892, huit jours après l'arrivée du malade à Berck.

Elle donne issue à une énorme quantité de liquide puriforme, contenant peu de parties solides. Elle est suivie d'un lavage et d'une injection de naphtol camphré.

Cette injection est répétée à des intervalles qui varient entre quatre et dix jours, depuis le 24 décembre 1892 jusqu'au 29 avril 1893. Durant cette période les ponctions ont été répétées quinze fois aux dates suivantes : 24 décembre 1892 ; 4, 17, 24, 28 janvier 1893 ; 8, 20, 26 février ; 11, 15, 24 mars ; 1^{er}, 11, 21 et 29 avril 1893.

La quantité de liquide retiré à chaque ponction est restée considérable jusqu'en avril 1893, c'est-à-dire durant quatre mois ; pendant le cinquième mois le contenu de la poche a cessé de se reproduire, si bien que après avoir constaté depuis décembre 1892 jusqu'en avril 1893 une énorme collection, nous ne trouvons plus, le 20 mai 1893, qu'un petit abcès gros comme une noix.

Le 1^{er} juin, l'abcès a pour ainsi dire disparu, mais la région est douloureuse à la pression et conserve un certain degré d'empâtement.

Au mois d'août 1893, on ne trouve plus traces d'abcès, mais la douleur à la pression persiste. On applique un appareil plâtré pour immobiliser strictement la région. Cette précaution est maintenue jusqu'en janvier 1894.

A partir de cette époque l'empâtement de la région a pour ainsi dire disparu, la hanche est consolidée.

Depuis longtemps on ne peut plus imprimer à la tête du fémur des mouvements d'ascension et de descente comme on le faisait à l'arrivée du malade à Berck.

Dès le moment où la collection a cessé de se reproduire, l'état général de l'enfant s'est peu à peu amélioré et est devenu très satisfaisant.

Au mois de juin 1894, le malade quitte Berck, plus d'un an après la disparition de l'abcès et six mois après la cessation des douleurs.

Par prudence on doit encore maintenir l'enfant quelques mois au repos et couché.

OBS. X. — *Coxalgie gauche. — Empâtement énorme et abcès dans la partie supérieure de la fesse. — Abcès sous-épineux volumineux, communiqué avec le précédent. — Seize ponctions suivies d'injection de naphthol camphré en cinq mois. — Guérison maintenue depuis huit mois.*

Eugène A..., âgé de 13 ans, arrive à l'Hôpital maritime de Berck le 18 février 1893, pour une coxalgie gauche, en bonne attitude, et un empâtement énorme de toute la jointure. La fesse est tuméfiée, globuleuse ; il n'y a pas de fluctuation bien nette.

Le 1^{er} mars, nous trouvons un petit abcès de la grosseur d'une noix à la partie supérieure de la fesse gauche.

Le 20, un nouvel abcès se montre à la partie supérieure et externe de la cuisse correspondante.

Le 1^{er} avril, l'abcès de la cuisse est devenu volumineux. Nous le ponctionnons et retirons deux cents grammes d'un liquide opalescent, blanchâtre, sans grumeaux.

L'abcès de la fesse reste stationnaire et semble même diminuer de volume. On ne le ponctionne pas.

Le 21, l'abcès de la cuisse a doublé de volume et descend le long du membre. Nous l'évacuons pour la deuxième fois.

La collection se reproduit. Nous faisons trois nouvelles ponctions les 18, 31 mai et le 23 juin.

Le 2 août, l'abcès est énorme, il occupe à peu près toute la longueur de la cuisse. La peau est amincie sans être irritée ; la région n'est nullement douloureuse. On le reponctionne. On s'aperçoit alors que les deux abcès fessier et sous-épineux communiquent entre eux parce que leur contenu est évacué par cette seule ponction.

Trois autres ponctions pratiquées les 5, 9 et 12 août, confirment ce fait.

Le 15, les deux abcès ne communiquent plus.

Le 20, la collection sous-épineuse a diminué de volume, le liquide a changé d'aspect, il est citrin, filant.

Le 23, nous vidons l'abcès de la fesse qui reste stationnaire.

L'abcès sous-épineux diminue de plus en plus, la dernière ponction,

faite le 4 septembre, donne issue à quelques grammes de liquide filant et visqueux.

Le 10, les deux abcès ont complètement disparu, il n'y a plus de traces de fluctuation. Un petit noyau d'induration persiste seul pendant quelque temps dans la région de l'abcès fessier.

L'enfant est maintenu au lit six mois encore. L'état général s'est considérablement amélioré.

Il quitte l'hôpital en mai 1894 sans récurrence locale.

OBS. XI. — *Coxalgie droite ancienne. — Abcès tuberculeux sous-épineux non guéri après plusieurs injections. — Curetage de cet abcès et résection de la hanche suivie de réunion par première intention.*

Vanlo..., garçon de 10 ans, est arrivé à Berck en juillet 1893. A cette époque il marche avec des béquilles ; son séjour à Berck a été motivé par le besoin d'une période de convalescence.

A un premier examen, peu de temps après son arrivée à Berck, on constate la présence d'un abcès peu volumineux, offrant la forme d'un cylindre vertical dont l'axe prolongé en haut passe par l'épine iliaque antéro-supérieure. Son extrémité supérieure commence à 3 centimètres au-dessous de cette épine ; sa longueur est d'environ 10 centimètres.

On institue le traitement par les ponctions et les injections modificatrices de naphthol camphré. 3 premières ponctions sont pratiquées en août et septembre 1893.

L'abcès diminue de volume sans disparaître complètement.

Une quatrième ponction est pratiquée un peu plus tard et la guérison semble complète à partir du mois de décembre et pendant plusieurs mois.

Au mois de mai 1894, on retrouve une collection occupant le même siège, reproduction de l'ancien abcès dont la résorption n'a sans doute pas été complète. Il a suffi que l'enfant, jusque-là fixé dans une gouttière de Bonnet, se lève quelques heures par jour, pendant trois semaines, pour occasionner cette rechute.

L'enfant est de nouveau mis au repos dans la gouttière de Bonnet. L'abcès reste stationnaire pendant les trois mois qui suivent.

En août 1894, on pratique le curettage de l'abcès, mais avec le projet déterminé d'avance, de poursuivre son origine jusque dans la hanche s'il y a lieu, et au besoin, de réséquer cette articulation.

Incision verticale de l'abcès sur toute sa longueur. Ablation des restes de la paroi avec la curette. A l'extrémité supérieure de la poche on voit un prolongement qui se dirige vers la hanche. L'exploration avec la sonde cannelée ne laisse aucun doute sur la communication de l'abcès avec la cavité articulaire. Cette communication est au reste large et laisse pénétrer le petit doigt.

L'incision verticale, prolongée en haut, nous donne une large voie pour ouvrir la hanche par sa face antérieure. La tête et le col du fémur sont enlevés sans difficulté avec une grosse curette, leur tissu osseux étant le siège d'une ostéite raréfiante.

Lorsqu'on abrase avec la curette la surface du cotyle, l'instrument accroche un fragment osseux mobile qui se détache sans effort : c'est un séquestre offrant le volume d'une cerise, le tissu osseux qui le constitue présente à la coupe une surface blanc-grisâtre, preuve évidente d'infiltration tuberculeuse. Ce séquestre appartenant à l'os iliaque, dans la partie du cotyle sous-jacente à l'éminence pectinée, était isolé du tissu osseux environnant et mobile, mais ne s'était pas déplacé de son lieu d'origine. On régularise la surface du cotyle avec la curette et la gouge à main.

Comme on opère sur un foyer tuberculeux fermé, l'infection pyogène n'est pas à redouter. D'un autre côté le foyer opératoire offre une surface parfaitement régulière. La plaie est suturée sans drain. Aucune inflammation locale, aucune élévation de température ne se produisent à la suite de l'intervention. Les sutures sont enlevées le dixième jour, la réunion est complète sans gonflement et sans épanchement liquide.

Au bout d'un mois la guérison paraît acquise lorsqu'apparaît une fièvre continue avec exaspération vespérale ; la température est de 38 le matin, 39, 39.5 et quelquefois 40 le soir. L'exploration de la hanche, faite attentivement de tout côté, ne révèle aucun gonflement, aucun point sensible à la pression. D'un autre côté, aucune complication viscérale ne justifie la fièvre. Cet état fébrile dont nous cher-

chons vainement l'origine dans la région de la hanche ou ailleurs persiste durant trois semaines. Il n'a été interrompu que par une acclامية de trois ou quatre jours pendant lesquels le thermomètre n'a pas dépassé 38 degrés le soir.

Enfin après ces trois semaines d'incertitude la pression, exercée sur toutes les parties de la région coxale, finit par découvrir au-dessus et en arrière du grand trochanter, au milieu de la fesse, un point douloureux, sans gonflement sensible.

Dès le lendemain du jour où ce signe est découvert une incision pratiquée au niveau du point douloureux traverse le grand et le moyen fessier et conduit sur une masse de fongosités sans traces de pus. Ces fongosités remplissent une cavité allongée verticalement de 10 centimètres de longueur et admettant facilement 2 doigts. Elles sont enlevées avec un soin minutieux au moyen de la curette et malgré une recherche attentive on ne découvre pas de dénudation osseuse. Un double drain est placé dans la plaie. Pansement.

La fièvre tombe immédiatement. Aucun incident ne se produit dans la suite. La plaie se cicatrise au bout de deux mois environ.

Pendant l'évolution de ce processus inflammatoire qui a eu pour siège la région fessière, la cicatrice de la résection de la hanche est restée parfaitement normale et l'exploration à son niveau n'a révélé à aucun moment ni gonflement, ni douleur. Cependant, poussé par l'idée de rattacher à l'opération la fièvre inexpiquée du malade, nous avons cru devoir, après 15 jours de cette fièvre, pratiquer une incision exploratrice sur la cicatrice elle-même et cette incision ne nous avait rien fait découvrir, bien que la sonde cannelée eût été poussée jusqu'à la surface de l'os iliaque. Elle s'était du reste réunie par première intention malgré l'état fébrile du malade.

Ces détails montrent que la plaie de la résection de la hanche était restée exempte d'infection suppurative, et que sa réunion avait été solide et complète. Ils montrent aussi que les fongosités inflammatoires, cause de la fièvre, étaient indépendantes anatomiquement de la cavité de la hanche sur laquelle on avait opéré.

On peut admettre qu'un prolongement fongueux de la coxalgie s'était produit antérieurement à l'opération dans la direction de la fesse en

ne conservant qu'une très étroite communication avec son point de départ, et que l'irritation, occasionnée par l'acte opératoire, agissant sur cet ilot de fongosités jusque-là froid et latent, l'avait transformé, par un mécanisme que nous ne pouvons déterminer, en un foyer inflammatoire septique.

Nous devons insister sur ce point particulier que les fongosités abondantes, enlevées au moment de la seconde opération, n'étaient pas mélangées de pus.

La guérison s'est maintenue depuis 4 mois.

La santé générale de l'enfant est excellente.

Obs. XII. — *Coxalgie gauche suppurée datant de six ans. — Absès symptomatique. — Trois injections de naphthol camphré. — Fistulette.*

Pierre M..., âgé de 2 ans, entre à l'Hôpital maritime le 25 juillet 1894 avec une coxalgie gauche dont le début remonte à l'âge de 3 ans. Il porte à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche une cicatrice révélant la présence d'un abcès ouvert il y a quelques mois à l'hôpital des Enfants-Malades. Réunion par première intention.

La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin, le membre malade est en abduction, le pied dans la rotation en dehors très marquée ; la luxation n'est pas appréciable.

Une collection peu volumineuse, aplatie, allongée dans le sens vertical, s'est reproduite immédiatement au-dessus de la cicatrice. La fluctuation est nette, et la peau est très amincie surtout en un point correspondant à la partie déclive de l'abcès ; aussi, bien que son contenu soit peu abondant, nous l'évacuons pour la première fois le 4 septembre 1894.

Le trocart retire un pus grisâtre mélangé de quelques grumeaux, ce qui n'empêche pas toutefois la cavité de se laver très facilement avec la solution boriquée. Puis, après avoir injecté quelques grammes de naphthol camphré, nous refermons l'orifice de la ponction avec un pansement collodionné.

Le liquide se reproduit vite ; la peau devient de plus en plus tendue : une fistule semble imminente.

Le 19 septembre nous reponctionnons la collection par le même procédé que nous venons d'indiquer. Trois jours plus tard, la cavité est de nouveau distendue, la peau est transparente : nous l'évacuons pour la troisième fois, tout en étant persuadé que la ponction restera fistuleuse, En effet, le lendemain le pansement est décollé sur la plus grande partie de son étendue et laisse couler au dehors un liquide brunâtre et visqueux. Nous exprimons alors le contenu de l'abcès, et, après avoir soigneusement lavé la région avec une solution de sublimé, nous appliquons de nouveau un pansement occlusif. Nous renouvelons cette petite manœuvre tous les deux, trois jours, puis tous les huit jours, en prenant chaque fois les mêmes précautions antiseptiques. Le liquide a fini par se reproduire lentement puis en très petite quantité. Deux évacuations faites au mois de décembre n'ont donné que quelques grammes de liquide citrin et filant.

La fistule est fermée depuis deux mois. L'enfant est maintenu au repos, couché sur un petit lit portatif.

Obs. XIII. — *Coxalgie gauche datant de trois ans. — Vaste abcès dans le triangle de Scarpa. — Deux ponctions suivies d'injection. — Une évacuation spontanée. — Guérison au bout de six semaines.*

Lev..., âgé de 8 ans, vient à Berck en mai 1894.

Cet enfant, dont la mère est atteinte de tuberculose pulmonaire, a déjà été amené à Berck depuis trois ans pour une coxalgie gauche.

Pendant plus de deux ans cette coxalgie a été traitée rationnellement par le repos dans le décubitus dorsal et l'extension continue sans aucune interruption. Ensuite nous avons appliqué un appareil immobilisateur en silicate de potasse. Cet appareil, composé d'une ceinture très large, remontant jusqu'au voisinage de l'aisselle et d'une partie crurale descendant jusqu'au genou, est sectionné sur la partie médiane de l'abdomen et sur le côté antéro-interne de la cuisse, revêtu d'une peau de chamois, muni d'agrafes et de lacets, suivant notre pratique habituelle à Berck. Il est destiné à immobiliser la hanche en permettant la marche. Il est rendu amovo-inamovible et de plus le revêtement avec la peau de chamois permet de prolonger son usage durant plusieurs mois.

Avec cette gaine protectrice nous avons cru que l'enfant pouvait commencer à marcher avec des béquilles une demi-heure ou une heure chaque jour sans danger de complication. Cet exercice était indiqué par le défaut persistant de l'appétit chez ce malade dont l'état général a toujours été médiocre.

Etat de l'enfant en mai 1894. — Après six mois de ce repos incomplet, de novembre 1893 à mai 1894, l'enfant nous est de nouveau présenté. Il est pâle, amaigri, le teint terreux de la face fait à première vue prévoir la présence d'un abcès.

Cet abcès est constaté facilement dans le triangle de Scarpa. Il s'étend depuis le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure jusque vers le bord interne de la cuisse en côtoyant le faisceau vasculo-nerveux de la région.

Une première ponction est pratiquée le 2 juin 1894 et suivie d'un lavage et d'une injection de naphtol camphré.

Une deuxième ponction est faite quinze jours plus tard. Cette fois la plaie du trocart reste fistuleuse. Lorsque au bout de dix jours on enlève le pansement oclusif le contenu reproduit de l'abcès sort spontanément par l'orifice.

On complète cette issue en comprimant la poche. Ensuite la plaie est refermée suivant notre habitude.

Deux nouvelles évacuations sont pratiquées de la même façon par la fistule et suivies du même pansement.

La cicatrisation s'opère au bout de dix jours et n'est pas suivie de la reproduction du liquide, le 15 juillet la guérison paraît complète, il ne reste plus trace de liquide mais toute la région occupée par l'abcès conserve un léger degré de gonflement.

Au mois de septembre la région du triangle de Scarpa a repris sa souplesse normale, les restes de la collection ont entièrement disparu.

Obs. XIV. — *Coxalgie droite d'origine ancienne remontant à trois ans.*

— *Abcès très volumineux occupant la région des adducteurs et la partie postérieure de la cuisse. — Deux ponctions suivies d'injection et une évacuation spontanée. — Guérison complète de l'abcès au bout de six semaines, confirmée depuis vingt mois.*

Der..., enfant âgé de 8 ans, a été atteint en 1890 d'une coxalgie du côté droit dont le début a offert une particularité assez frappante. Ce début a été subit et très douloureux, aigu en quelque sorte. L'enfant a été réveillé au milieu de la nuit par une douleur très vive dans la région de la hanche, douleur qui a persisté jusqu'au lendemain avec assez d'acuité pour provoquer des cris plaintifs et une agitation continue. Une arthrite de la hanche fut aussitôt reconnue et sa persistance, après plusieurs semaines de repos, en éliminant le diagnostic d'arthrite rhumatismale aiguë, fit porter celui d'arthrite tuberculeuse malgré l'absence de tout antécédent bacillaire chez les ascendants.

Un traitement par le décubitus dorsal et l'extension continue fut suivi pendant une période de six mois environ.

L'amélioration des troubles fonctionnels, spécialement le retour presque complet des mouvements de la hanche et la disparition des phénomènes douloureux inspirèrent au père de l'enfant, docteur en médecine, l'illusion d'une guérison réelle ; la marche fut reprise prématurément, mais avec une grande réserve, l'enfant restait étendu la plus grande partie de la journée et ne se promenait avec des béquilles que deux ou trois heures dans la journée en plusieurs séances séparées par des intervalles de repos.

Ces précautions un peu imparfaites ont été observées, mais avec un relâchement progressif, jusqu'au mois de juin 1893. Pendant cette longue période de deux ans et demi, l'enfant n'a pour ainsi dire jamais éprouvé de douleur pendant la marche ou du moins ces douleurs peu marquées n'ont pas nécessité un repos prolongé.

Nous revoyons le malade en juillet 1893 ; il nous est amené à Berck après qu'un médecin de Dijon a reconnu la présence d'un abcès dans la région de la hanche, pour que nous pratiquions une opération sanglante, curettage ou résection.

L'abcès, très volumineux, distend d'une manière notable la région des adducteurs depuis le pli de l'aîne jusqu'au tiers moyen de la cuisse et forme en arrière, au-dessous du pli fessier, une large tumeur superficielle, recouverte seulement par la peau et l'aponévrose. La fluctuation est transmise nettement du pli de l'aîne à la face postérieure de la cuisse.

Une première ponction retire une quantité considérable de pus très liquide contenant peu de matière solide, sans grumeaux volumineux. Le lavage de la cavité se fait avec une grande facilité; il est suivi d'une injection de naphthol camphré et de l'occlusion de la plaie. Aucun incident ne suit cette première intervention.

Le liquide s'étant reproduit on vide de nouveau l'abcès après un intervalle de quinze jours. Cette fois la plaie du trocart ne se cicatrise pas et lorsque au bout de huit jours on enlève le pansement occlusif une notable quantité de liquide émulsif de couleur grisâtre s'écoule par l'ouverture restée fistuleuse. On favorise et on complète l'issue du liquide par une pression méthodiquement exercée sur toute l'étendue de la cavité et la plaie est refermée par le même pansement au collodion.

La collection ne s'est reproduite que d'une manière partielle et seulement en arrière au-dessous de la fesse dans le voisinage du point où nous avons pratiqué la ponction. La fluctuation ne s'est pas remontrée dans le voisinage du pli de l'aîne. Le liquide au lieu d'augmenter progressivement en quantité n'a du reste pas tardé à disparaître par résorption, de telle sorte que six semaines après la première ponction la guérison de l'abcès semble complète.

L'enfant a été par précaution maintenu au repos dans le décubitus dorsal pendant une période d'environ 8 mois. Ensuite, la coxalgie étant très ancienne, nous avons pensé que la marche pouvait être autorisée progressivement.

Le succès définitif du traitement est confirmé depuis vingt mois, bien que l'enfant marche déjà depuis longtemps à peu près sans ménagement.

On peut voir dans cette observation un exemple d'abcès tardif, ayant guéri facilement et rapidement à la suite des injections naphtholées.

La nature tuberculeuse de l'arthrite de la hanche ne pouvait être

mise en doute dès le début de son évolution quoique l'examen des antécédents mit en évidence des troubles arthritiques chez les parents. La formation d'un abcès froid est venue apporter une confirmation tardive de la tuberculose coxale.

Une otorrhée chronique de l'oreille droite, survenue presque en même temps que la coxalgie, a persisté presque aussi longtemps qu'elle. C'est une affection bacillaire que l'on rencontre fréquemment avec les arthrites tuberculeuses.

Obs. XV. — *Coxalgie droite très ancienne avec luxation. — Abcès volumineux de la fosse iliaque. — Une seule ponction suivie d'injection. — Guérison lente confirmée depuis deux ans.*

Febr... âgé de 9 ans, est atteint d'une coxalgie droite depuis plus de trois ans. Il a été traité par Cazin suivant la méthode ordinaire, repos dans l'attitude horizontale, extension continue ; mais depuis quelques mois le repos est interrompue dans la journée par quelques heures de marche avec des béquilles.

En juillet 1892, la mère nous amène le malade en nous demandant s'il peut marcher avec plus de liberté en abandonnant ses béquilles.

Etat actuel, juillet 1892. — La hanche est luxée manifestement : le grand trochanter s'élève à deux centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton, le talon malade est à cinq centimètres au-dessus du talon du côté sain. L'enfant marche avec une chaussure à talon très élevé. La région de la hanche n'offre d'empatement en aucun point. On ne trouve aucune douleur à la pression. La flexion de la cuisse est possible dans une étendue d'environ 30° mais l'abduction est impossible. La cuisse est maintenue dans une adduction légère.

Dès que le malade a été déshabillé nous avons immédiatement aperçu un soulèvement suspect de la région de la fosse iliaque du côté droit. L'exploration nous fait découvrir en ce point une tumeur arrondie offrant le volume des deux poings, très tendue, d'une consistance qui rappelle celle des fibromes. On a quelque peine à démontrer la présence de la fluctuation. Il ne semble pas que la quantité du liquide contenu dans la tumeur soit considérable.

Cependant nous conseillons, en outre de la précaution de mettre le

malade dans le décubitus horizontal, une ponction suivie d'injection. Ce traitement est accepté non sans quelque difficulté.

Ponction. — Le trocart traverse une épaisse couche de tissu dur et arrive dans une cavité paraissant peu large ; on ne peut en effet retirer que quelques grammes 15 à 20 de matière caséuse qui sort difficilement par le trocart. Au moyen du lavage on parvient encore à retirer quelques débris caséux. L'opération est terminée par une injection de naphтол. Aucune réaction ne se produit consécutivement.

A la suite de cette intervention la tumeur a conservé durant plusieurs mois sa dureté et sa forme régulièrement arrondie en diminuant de volume d'une manière très lente, si bien qu'au bout d'un an, en été 1893, la disparition n'est pas encore tout à fait complète, mais toute trace de fluctuation a cessé.

L'enfant est revu en janvier 1894, la guérison est assez complète pour que nous nous croyions autorisé à permettre la marche avec des béquilles une heure puis deux heures dans la journée. La guérison s'est maintenue depuis cette époque.

On ne saurait affirmer, dans ce cas spécial, que l'intervention ait eu une influence décisive ; on pourrait en effet nous objecter qu'une part importante du succès peut être attribuée à l'action du repos. Cette interprétation semble d'autant plus soutenable que l'état général de l'enfant a été en apparence satisfaisant, l'embonpoint a toujours été plutôt excessif et l'appétit passablement développé. Nous avons cru cependant devoir mentionner cette observation à cause du siège de l'abcès dans la fosse iliaque, à cause de ses caractères physiques, dureté, épaisseur de la paroi, exiguité de la poche, contenu caséux. La présence de l'abcès n'ayant pas été découverte par le médecin habituel de l'enfant, quelques heures de marche par jour avaient été autorisées. Nous avons à la fois mis le malade au repos et pratiqué une ponction. La guérison est ensuite survenue très lentement, l'influence curative de l'injection naphтолée n'a pas été dans ce cas aussi sensible qu'elle l'est habituellement pour des abcès volumineux et à paroi mince, tels qu'ils se présentent chez la plupart des malades.

Obs. XVI. — *Coxalgie gauche datant de trois ans. — Absès sous-épineux. — Quatre ponctions à intervalles éloignés. — Guérison au bout de six mois.*

Vas. Delan..., garçon de 9 ans, est amené à Berck en août 1892. Il a été jusque-là traité par Cazin et par ses élèves d'une coxalgie gauche qui dure depuis trois ans. L'enfant a été soumis au repos, dans le décubitus dorsal et à l'extension continue pendant une longue période.

Au moment où nous voyons le malade pour la première fois les parents demandent s'il convient de commencer à permettre la marche avec des béquilles et un appareil d'immobilisation. Nous trouvons un abcès situé au-devant et au-dessous du grand trochanter, formant une tumeur aplatie et allongée dont le grand axe vertical, prolongé en haut, passerait par l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le grand trochanter occupe à peu près son niveau normal, il dépasse à peine la ligne de Nélaton. La cuisse est en adduction légère, le pied renversé en dehors. Le raccourcissement apparent, différence de niveau des deux talons, ne dépasse pas 3 centimètres.

Quatre ponctions, avec injection de naphthol, ont été pratiquées en une période d'environ six mois. Aucun incident notable ne s'est produit. Une petite quantité de liquide a persisté plusieurs semaines après la dernière ponction et a fini par disparaître. La guérison de l'abcès, déjà complète dans les premiers mois de l'année 1893, s'est maintenue. Le malade a quitté le repos absolu dans le décubitus dorsal depuis le mois d'août 1894, pour commencer à marcher quelques heures dans la journée. Nous l'avons revu en janvier 1895, aucun signe fâcheux ne fait craindre un retour des accidents. Il ne reste aucune trace de l'abcès ; toute la région de la hanche est souple au toucher, l'articulation n'offre aucun mouvement fonctionnel bien qu'à un examen attentif on ait facilement la preuve que cette ankylose n'est pas osseuse.

Obs. XVII. — *Coxalgie droite très ancienne datant de cinq ans. — Absès fessier du volume d'une orange. — Trois ponctions à quinze jours d'intervalle. — Guérison au bout de 2 mois.*

Vincent Pou..., garçon de 12 ans, à cheveux rouges, est affecté d'une

coxalgie droite, qui remonte à cinq ans environ, lorsqu'il nous est présenté en septembre 1893.

La hanche est luxée manifestement, la cuisse fléchie à angle droit et en adduction. Un abcès, du volume d'une orange, forme au milieu de la fesse une tumeur bien circonscrite, bien visible ; il n'est recouvert que par la peau et une mince couche de muscles.

Cet enfant, qui n'a été soumis à aucun traitement rationnel, a marché avec ou sans béquilles, depuis le commencement de sa maladie, qu'elle fut douloureuse ou non. Il a été victime, pourrait-on dire, de pratiques plus ou moins superstitieuses, parmi lesquelles les bains de sang de bœuf ont occupé un des rangs les plus nobles, et les pèlerinages la place la plus large.

Nous conseillons de traiter tout d'abord l'abcès par la méthode des ponctions, ce que nous sommes autorisé à faire après que la famille a eu pris l'avis de plusieurs médecins et chirurgiens.

Trois ponctions suivies d'une injection sont pratiquées à 15 jours d'intervalle. A la suite de la troisième ponction la plaie du trocart reste fistuleuse, ce qui permet une quatrième évacuation du contenu. Nous prenons soin de fermer l'orifice fistuleux avec un pansement collodionné. Deux nouvelles évacuations s'effectuent de la même manière par la fistule et sont toujours suivies d'un pansement occlusif. L'ouverture se trouve cicatrisée au bout d'une douzaine de jours. Une petite quantité de liquide, reproduite encore une nouvelle fois sous la cicatrice, ne tarde pas à se résorber. La guérison est complète au bout d'un traitement de deux mois environ.

Le malade nous a quitté à un moment où nous étions prêt à proposer le redressement de la hanche. Nous avons appris que la guérison de l'abcès était confirmée pendant l'été 1894.

OBS. XVIII. — *Coxalgie gauche remontant à deux ans, sans luxation. — Abcès de la région du triangle de Scarpa. — Quatre ponctions pratiquées en cinq mois. — Guérison.*

De W..., fille de 11 ans, a passé l'été 1893 à Berck pour une coxalgie du côté gauche douloureuse et compliquée d'un empâtement de la région de la hanche surtout marqué à la face antérieure de la région.

On institue le traitement par le décubitus dorsal et l'extension continue. Le traitement est maintenu pendant six mois. La douleur spontanée diminue lentement de même le gonflement de la région malade.

L'enfant est promenée sur une voiture de malade toute la journée à Berck d'abord, puis à la campagne (Enghien).

Lorsque nous la revoyons, janvier 1894, un abcès volumineux occupe la partie externe du pli de l'aîne et descend sous la forme d'un prolongement assez étroit dans la direction du sommet du triangle de Scarpa qu'il dépasse en bas. La collection côtoie de haut en bas la face externe du faisceau vasculaire de la cuisse.

Traitement. — Une première ponction est pratiquée le 20 mars 1894 avec lavage à la solution boriquée et injection de naphtol. L'abcès se reproduit avec une certaine lenteur. La ponction est renouvelée trois fois à des intervalles de 25 à 30 jours. Après la troisième ponction la poche, qui continue de s'étendre depuis le voisinage du pli de l'aîne jusqu'au milieu de la cuisse, a pris la forme d'un long cylindre dont le diamètre ne paraît pas dépasser celui d'un doigt. Elle est profondément située en raison du notable embonpoint de l'enfant, néanmoins la fluctuation est évidente d'une de ses extrémités à l'autre.

Une tentative de ponction est restée sans résultat, le trocart n'a pas rencontré la cavité et nous avons hésité à insister sur sa recherche à cause du voisinage des gros vaisseaux. Quelques jours plus tard une quatrième et dernière ponction a évacué le contenu.

Le volume de l'abcès a encore diminué lentement de volume. Cependant au mois de janvier 1895 on retrouve encore, par une recherche minutieuse, un cordon d'une longueur de 7 à 8 centimètres, dur au toucher, mais sur le trajet duquel on sent encore vaguement la fluctuation. Ce vestige de l'abcès est d'un trop faible volume pour qu'il soit permis de tenter une nouvelle intervention. On est du reste autorisé à croire que la résorption, qui jusqu'ici s'est faite d'une manière progressive quoique lente, deviendra complète, si l'on attend quelques mois.

La malade doit au reste, quoi qu'il arrive, en ce qui concerne l'abcès, rester couchée pendant une longue période.

OBS. XIX. — *Coxalgie droite. — Absès symptomatique moitié dans la fosse iliaque, moitié dans le triangle de Scarpa. — Deux ponctions avec injection de naphtol camphré en trois mois. — Guérison confirmée depuis quatorze mois.*

Pr... garçon, âgé de 7 ans, est entré le 1^{er} août 1893 au Petit Hôpital payant, pour une coxalgie droite avec adduction légère, rotation en dehors très marquée, flexion à peu près nulle, ascension du grand trochanter un centimètre et demi.

Un abcès du pli de l'aîne est situé moitié dans la fosse iliaque, moitié dans le triangle de Scarpa.

Je le ponctionne deux fois en l'espace de trois mois.

L'abcès a tout à fait disparu et ne s'est pas reproduit depuis quatorze mois.

OBS. XX — *Coxalgie droite. — Absès sous-épineux de volume moyen. — Une ponction suivie d'injection de naphtol camphré. — Guérison.*

Pauline S..., âgée de 9 ans, est entrée à l'Hôpital maritime le 18 mars 1893 pour une coxalgie droite avec une légère flexion et abduction du membre et un raccourcissement peu marqué. Un abcès, peu volumineux, situé à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, est disparu après une seule ponction faite le 15 octobre 1893.

Pas de récurrence en juin 1894, époque à laquelle l'enfant a quitté l'hôpital.

OBS. XXI. — *Coxalgie droite. — Absès sous-épineux symptomatique. — Quatre injections de naphtol camphré en deux mois. — Guérison maintenue depuis neuf mois.*

Paul I..., âgé de 7 ans, est envoyé à Berck pour une coxalgie droite avec une flexion légère, abduction, rotation à peu près nulle, et un abcès sous-épineux en fuseau, placé à quatre travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

L'abcès disparaît après quatre ponctions pratiquées les 3, 20, 28 octobre et 6 décembre 1893.

Au mois d'octobre 1894, l'enfant n'a pas d'abcès.

OBS. XXII. — *Coxalgie droite. — Petit abcès sous-épineux. — Plusieurs ponctions suivies d'injection de naphthol camphré. — Le liquide se reproduit avec une extrême rapidité. — Guérison confirmée depuis six mois.*

Charles L..., 6 ans, est envoyé à Berck en avril 1893, pour une coxalgie droite avec flexion légère, abduction, rotation en dehors.

Nous constatons en outre la présence d'un petit abcès, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite. Cet abcès, allongé dans le sens vertical, mesure sept centimètres de longueur sur deux et demi de largeur.

Un de mes collègues l'a ponctionné dix-huit fois du 3 novembre 1893 au 9 mars 1894. Le liquide s'est reproduit avec une très grande rapidité ; ainsi au mois de février on a dû le ponctionner tous les trois ou quatre jours.

Voici la date des ponctions : 3, 20 novembre, 15 décembre, 8 et 23 janvier, 11, 15, 17, 19, 20, 22, 24, 27 février ; 1^{er}, 4, 6, 9 mars.

Nous avons revu l'enfant au mois d'octobre 1894, l'abcès ne s'est pas reproduit.

OBS. XXIII. — *Coxalgie gauche. — Abcès dans le pli de l'aîne au-devant et en dehors des vaisseaux. — Sept ponctions, suivies d'injection de naphthol camphré, en six mois. — Guérison depuis douze mois.*

Louis B..., âgé de 10 ans, entre à l'Hôpital maritime en mars 1892, il a une coxalgie du côté gauche avec empâtement de la région trochantérienne, une flexion de 45°, abduction légère, rotation en dehors, raccourcissement apparent de cinq centimètres, ascension du grand trochanter de 1 centimètre et demi ; mouvements imprimés de flexion et d'extension, 25°.

Au mois de mars 1893, on trouve un abcès dans le pli de l'aîne, au-devant et en dehors des vaisseaux fémoraux. L'abcès disparaît après sept ponctions faites du mois de mars au mois de septembre 1893 et ne se reproduit plus.

La guérison est confirmée depuis une année.

Obs. XXIV. — *Coxalgie gauche. — Absès de la fesse peu volumineux. — Cinq injections de naphтол camphré en quatre mois et demi. — Guérison maintenue depuis treize mois.*

Joseph B..., âgé de 4 ans, entre à l'Hôpital maritime le 13 novembre 1891 pour une coxalgie gauche.

En juin 1892, on constate de l'empâtement du pli de l'aîne ; le membre est en adduction et en rotation en dedans ; la tête fémorale est luxée : l'ascension du grand trochanter est de 3 centimètres.

Au mois de décembre, un abcès du volume d'une mandarine se montre dans la fesse.

Nous faisons cinq ponctions suivies d'injection de naphтол camphré, le 4 janvier 1893, le 8 février, les 11, 21 avril et le 18 mai.

Le liquide ne s'est pas reproduit à la suite de la dernière ponction.

L'enfant est rendu à sa famille, en juin 1894, sans récédive.

Obs. XXV. — *Coxalgie gauche très ancienne. — Absès de la région des adducteurs. — Quatre ponctions et injections pratiquées en trois mois. — Guérison confirmée depuis plus d'une année.*

Dest..., fille de 10 ans, séjourne depuis plus de deux ans à Berck lorsqu'elle nous est présentée pour la première fois.

A ce moment, septembre 1893, on trouve une coxalgie du côté gauche avec luxation évidente, le grand trochanter est élevé de 2 centimètres au-dessus de la ligne iléo-ischiatique. La cuisse est portée en dedans et fléchie à 45° environ. Le talon du côté malade remonte à 5 centimètres au-dessus du talon du côté sain. L'enfant est pâle et amaigrie ; un abcès du volume du poing distend le bord interne de la cuisse dans son tiers supérieur et soulève en même temps la région du triangle de Scarpa.

Quatre ponctions suivies chacune d'une injection de naphтол camphré, sont pratiquées à des intervalles d'environ quinze à vingt jours, soit en trois mois. La dernière ponction n'est suivie d'aucune reproduction de liquide et la guérison de l'abcès, dès lors acquise, s'est confirmée depuis plus d'une année.

Il reste à pratiquer le redressement du membre inférieur dévié,

mais ce complément du traitement doit être réservé pour une époque où la guérison de la coxalgie sera considérée comme définitive. Une pratique prudente nous engage à ne produire aucun traumatisme sur une hanche dont l'affection tuberculeuse ancienne n'est pas encore à l'abri d'une récurrence. Nous attendons en général plusieurs mois, une année et même davantage avant de pratiquer le redressement de la cuisse après la guérison d'un abcès symptomatique. Il faut, en effet, que la guérison de la coxalgie soit solide et définitive pour que le membre malade, après avoir été redressé, ne reprenne pas une position vicieuse.

OBS. XXVI. — *Coxalgie gauche. — Abcès de la région supéro-externe de la cuisse. — Quatorze ponctions en trois mois. — Fistulette pendant huit jours. — Guérison maintenue depuis dix mois.*

Sab..., garçon âgé de 8 ans, entre à l'Hôpital maritime en août 1893, avec un état général peu satisfaisant : pâleur de la face, amaigrissement, perte de l'appétit.

Il a une coxalgie gauche ; la hanche est luxée, le talon du côté malade s'élève à cinq centimètres au-dessus du talon du côté sain. Le membre malade, presque fléchi à angle droit, est porté dans l'abduction, le pied est dans la rotation en dehors.

L'enfant est maintenu au repos.

Le 2 mars 1894, nous trouvons un petit abcès, à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche.

Le 20 mars, l'abcès a augmenté de volume, il mesure 15 centimètres de longueur sur 8 centimètres de largeur ; il est sous-cutané. Son contenu se vide difficilement pendant les cinq premières ponctions : une matière filante, épaisse s'engage dans le trocart et s'oppose à la sortie du liquide. Nous retirons le trocart, et exprimons l'abcès par l'orifice de la ponction. Un bourbillon jaunâtre apparaît aussitôt et fait hernie par la petite plaie.

Nous le saisissons avec les doigts, l'étirons au dehors ; le liquide s'écoule aussitôt.

Nous avons dû recommencer cette petite manœuvre plusieurs fois pendant la même séance.

L'abcès a été ponctionné 14 fois en 3 mois.

Une ponction est restée fistuleuse pendant huit jours.

Le petit malade a quitté l'hôpital au mois de février 1895.

La guérison locale se maintient depuis dix mois.

OBS. XXVII. — *Coxalgie gauche. — Absès secondaire dans la fesse. — Cinq ponctions suivies d'injection de naphthol camphré. — Fistule pendant huit mois.*

D..., garçon, âgé de 6 ans, entre à l'Hôpital maritime le 13 mai 1892. Il a une coxalgie gauche avec une flexion, presque à angle droit, de l'abduction et de la rotation en dehors, pas d'ascension du grand trochanter. Les mouvements sont nuls ; l'empâtement autour de la jointure est peu marqué.

L'enfant porte une cicatrice d'abcès située à quatre travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; l'abcès n'est fermé que depuis quelques semaines.

Le 24 août, on redresse la hanche et l'on fait la ténotomie sous-cutanée du fascia lata.

La guérison se maintient jusqu'en avril 1894. A ce moment la fesse augmente de volume, elle est empâtée et douloureuse à la pression. Une tumeur fluctuante, du volume d'une mandarine, siège derrière le sommet du grand trochanter. La peau à son niveau est luisante et tendue.

Nous ponctionnons l'abcès cinq fois le 30 mai, les 6, 13, 20 et 26 juin : le liquide se reproduit avec une très grande rapidité et la dernière ponction reste fistuleuse.

Le 25 février 1895, une croûte recouvre l'orifice de la ponction, la fistule paraît fermée.

OBS. XXVIII. — *Coxalgie gauche. — Petit abcès sous-épineux. — Une ponction suivie d'une fistulette. — Absès sous-dermique. — Fongosités révélées par le redressement de la hanche. — Guérison.*

Augustine D..., âgée de 6 ans, entre à l'Hôpital maritime le 12 janvier 1892.

Elle a une coxalgie gauche. La cuisse est fléchie à angle droit, le membre est en abduction et en rotation en dehors ; il n'y a pas de luxation et pas d'abcès.

Au mois de mars 1892, on trouve une petite collection à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Une ponction faite le 7 décembre 1892 reste fistuleuse jusqu'au mois de mai 1893.

Le 9 juin, une gouttelette de pus se reforme sous la cicatrice.

Le 6 septembre, la collection persiste encore, elle a le volume d'un petit pois, on l'évacue avec le trocart.

Le 12 mars, on redresse la hanche et l'on sectionne le tendon du fascia lata. Une matière épaisse, caséeuse (reliquat d'un ancien foyer), se montre aussitôt dans la plaie opératoire. On nettoie la cavité avec la curette et l'on applique un pansement iodoformé. La guérison est complète quinze jours après. L'enfant est rendue à sa famille le 16 juin, guérie.

Obs. XXIX. — *Coxalgie droite. — Absès sous épineux symptomatique.*

— *Deux injections de naphтол camphré en un mois. — Guérison*

Henriette El... âgée de 9 ans, est envoyée à l'Hôpital maritime le 16 septembre 1892, avec une coxalgie droite. Le membre est en légère flexion et abduction. le pied est tourné en dehors ; il n'y a pas d'abcès apparent

Au mois d'août 1892, la coxalgie devient douloureuse et cinq mois plus tard nous trouvons un abcès sous-épineux. L'abcès est très petit, allongé en fuseau, la fluctuation est à peine perceptible. La collection n'augmente pas de volume pendant les mois de février et mars. Au mois de mai la fluctuation est très nette, l'abcès mesure huit centimètres de longueur. Nous le ponctionnons deux fois. Le liquide se reproduit très lentement à la suite de la deuxième ponction.

L'enfant quitte l'hôpital le 12 juin. Nous l'avons revue le 15 septembre, elle n'avait plus d'abcès.

OBS. XXX. — *Coxalgie droite ancienne déjà traitée à Berck. — Nouvel abcès dans la fesse. — Trois injections de naphtol en un mois. — Guérison.*

Paul M..., âgé de 14 ans, vient à l'Hôpital maritime le 18 septembre 1894 avec une coxalgie droite ancienne, dont le début remonte à l'âge de sept ans.

L'enfant a déjà été soigné à Berck en 1888. Un abcès sous-épineux, volumineux, occupait toute la partie supérieure et moyenne de la cuisse ; il a disparu après une seule ponction faite par M. Cartier. Un nouvel abcès apparu en février 1892 à la région fessière a été également ponctionné une fois par M. Cazin et ne s'est pas reproduit.

Le 18 septembre 1894, le malade revient à l'Hôpital maritime avec un abcès dans la fesse, siégeant au même niveau que le précédent ; il est pédiculé, petit, mobile, très dur. M. Ménard le ponctionne pour la première fois le 27 septembre 1894 et retire vingt grammes environ d'un liquide épais, jaunâtre ; il injecte quelques gouttes de naphtol camphré.

La petite tumeur augmente vite de volume, on la reponctionne le 8 octobre.

Une troisième ponction faite le 26 octobre donne issue à quelques gouttes de liquide.

La collection ne s'est pas reproduite. Il reste une petite masse dure, fibreuse, aplatie, mais on ne perçoit plus de fluctuation depuis 4 mois.

OBS. XXXI. — *Coxalgie droite. — Abcès dans la fesse. — Une ponction avec injection de naphtol camphré. — Fistulette consécutive. — Guérison maintenue depuis dix-sept mois.*

Charles C..., âgé de 5 ans, entre à l'Hôpital maritime le 16 mai 1890.

Il a une coxalgie droite avec ascension de la tête fémorale dans la fosse iliaque et flexion de la cuisse à angle droit.

En avril 1892, la hanche devient douloureuse. Le 8 février 1893, on apporte l'enfant à la salle d'opérations pour lui redresser la jambe malade sous le chloroforme. On s'aperçoit alors qu'il a dans la fesse

droite un abcès de la grosseur d'une mandarine et l'on profite de ce qu'il est endormi pour le ponctionner.

Cette ponction est suivie d'une fistule qui se ferme en septembre 1893.

L'enfant a quitté l'hôpital en juin 1894 sans abcès. Il est revenu à Berck au mois de septembre et actuellement la guérison est encore confirmée.

Obs. XXXII. — *Coxalgie gauche. — Abcès dans l'aîne. — Cinq ponctions et injections de naphtol camphré en trois mois. — Fistulette pendant sept mois. — Guérison maintenue depuis une année.*

Charles L..., âgé de 7 ans, est envoyé à l'Hôpital maritime le 13 mai 1892.

Il a une coxalgie gauche douloureuse avec une flexion de 40°; le membre est en abduction, le pied est dans la rotation en dehors; l'empâtement autour de la hanche est peu marqué.

Au mois d'août 1892, on trouve un abcès dans l'aîne. On le ponctionne cinq fois en l'espace de trois mois.

La dernière ponction reste fistuleuse et ne se ferme qu'en mai 1893. La fistule donnait très peu de pus; le pansement renouvelé tous les huit jours était à peine souillé.

L'enfant a quitté l'hôpital en juin 1894, sans récurrence locale. La guérison est donc confirmée depuis une année.

Obs. XXXIII. — *Coxalgie droite. — Petit abcès dans la fesse. — Trois injections de naphtol camphré en vingt jours. — Guérison.*

Marguerite V..., âgée de 3 ans, entre à l'Hôpital maritime le 22 août 1894. Elle est atteinte d'une coxalgie droite avec flexion de 75°, adduction très marquée et rotation en dedans; l'élévation du grand trochanter est de 2 centimètres.

Un petit abcès du volume d'une noix est situé à la partie supérieure et externe de la fesse droite, derrière le sommet du grand trochanter.

Nous le ponctionnons trois fois, le 23 octobre, le 7 et le 14 no-

vembre. La quantité de liquide retiré chaque fois varie entre 60 et 80 grammes.

La troisième ponction a déterminé une irritation locale assez vive, la fesse est devenue volumineuse et empâtée; la peau était luisante et tendue.

Nous n'avons pas reponctionné l'abcès, et trois semaines plus tard non seulement la tuméfaction avait complètement disparu, mais on ne trouvait plus trace de fluctuation. Une petite zone d'induration indiquait seule le siège de la collection.

L'enfant est maintenue au repos, immobilisée dans un appareil plâtré.

OBS. XXXIV. — *Coxalgie double. — Abscess dans le pli de l'aîne. — Trois ponctions en deux mois. — Guérison confirmée depuis neuf mois.*

Gabrielle P..., âgée de 12 ans, est envoyée à Berck en juillet 1891. Elle a une coxotuberculose double.

La coxalgie gauche remonte à l'âge de 8 ans, la coxalgie droite, à 8 ans et demi.

Elle a été soignée au début de sa maladie, en 1890, à l'Hôpital Trousseau, puis est venue à Berck en 1891.

On constate à son arrivée à l'Hôpital maritime, le 11 juillet, une coxalgie double avec chevauchement de la tête fémorale gauche dans la fosse iliaque. On la maintient au repos pendant un mois, puis les deux hanches devenant très douloureuses on lui fait de l'extension continue.

Six mois plus tard, on découvre une lésion tuberculeuse du tarse gauche, qui est traitée par les injections de chlorure de zinc.

Le 8 décembre, il existe encore un petit noyau mou, de la grosseur d'une noisette, au-dessous de la malléole interne.

En février, on ne trouve plus de traces de la lésion locale.

La fillette est de nouveau immobilisée dans un appareil plâtré jusqu'au mois d'avril 1894.

Le 19 avril, on veut redresser la hanche gauche sous le chloroforme, mais on trouve dans le pli de l'aîne une masse fluctuante, profonde, qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de

Fallope. On la ponctionne et l'on retire environ 180 grammes d'un liquide couleur chocolat, sans grumeaux.

Deux nouvelles injections, faites à quinze jours d'intervalle, amènent la disparition presque complète de l'abcès ; en effet le liquide se reproduit très lentement à la suite de la troisième ponction. Le 6 juin la fluctuation est à peine perceptible et le 20 juin on ne trouve plus trace d'abcès.

L'enfant a été maintenue couchée jusqu'au mois de janvier 1893. Elle marche depuis un mois avec des béquilles. L'état général est très satisfaisant.

OBS. XXXV. — *Coxalgie gauche. — Petit abcès dans les adducteurs disparu après quatre ponctions en deux mois. — Apparition d'un abcès sous-épineux cinq mois après. — L'enfant quitte l'hôpital.*

Henri L..., âgé de 7 ans, entre à l'Hôpital maritime le 2 août 1893, avec une coxalgie gauche.

Le membre est en flexion, abduction et rotation en dehors ; les mouvements de flexion sont de 90° ; ceux d'abduction et de rotation sont à peu près complets. En février 1894, nous trouvons dans la masse des adducteurs un petit abcès du volume d'une noix.

La collection augmente rapidement de volume ; nous la ponctionnons quatre fois en deux mois. Le liquide ne s'est pas reproduit.

Au mois de septembre nous constatons la présence d'un nouvel abcès à la partie supérieure et externe de la cuisse.

L'enfant, réclamé par sa famille, quitte l'hôpital à ce moment.

OBS. XXXVI. — *Coxalgie droite. — Petit abcès sous-épineux. — Une ponction. — Fistulette consécutive pendant six mois. — Guérison.*

Gabrielle G..., âgée de 9 ans, est envoyée à l'Hôpital maritime le 15 janvier 1892.

Elle est atteinte d'une coxalgie droite ; la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin, la jambe est en abduction et en rotation en dehors ; le pli de l'aîne est empâté.

Le 5 septembre 1893, nous trouvons à la racine de la cuisse droite

un petit abcès sous-épineux, allongé, étroit, à grand axe vertical, du volume d'un crayon.

Une ponction faite le 2 février 1894 donne issue à une très petite quantité de matière blanchâtre, épaisse et grumelleuse. Elle est suivie d'une fistulette qui se ferme en août 1894.

OBS. XXXVII. — *Coxalgie gauche. — Abcès ossifluent dans le triangle de Scarpa. — Deux ponctions suivies d'injection de naphtol camphré en dix jours. — Guérison.*

Marcel T..., âgé de 4 ans, est envoyé à Berck, le 18 mars 1893, pour une coxalgie du côté gauche avec légère abduction et un épaissement assez marqué au niveau du pli de l'aîne.

Le 2 août, nous trouvons un abcès dans le triangle de Scarpa.

Le 6 décembre, l'abcès persiste sans augmentation de volume : on le ponctionne pour la première fois.

Le liquide se reproduit. Nous faisons une deuxième ponction le 16 décembre.

Le 27 décembre, la collection est très petite, on ne peut pas l'évacuer.

Le 10 janvier 1894, on ne sent plus de fluctuation.

Le 10 mars, il n'y a plus qu'un léger empâtement au niveau de l'abcès.

Le 28 avril, on ne trouve plus de traces de l'abcès.

La guérison se maintient depuis six mois.

OBS. XXXVIII. — *Coxalgie droite. — Abcès volumineux dans les adducteurs. — Une ponction suivie d'injection de naphtol camphré. — Fistulette. — Guérison depuis huit mois.*

Louis S..., âgé de 8 ans, entre à l'Hôpital maritime le 16 mai 1890 pour une coxalgie du côté droit. La hanche devient douloureuse en septembre 1891, et quelques mois après toute la région du pli de l'aîne est œdématiée, empâtée.

Au mois de mai 1892, on constate la présence d'un abcès dans les adducteurs. Le 30 juin, la collection est devenue très volumineuse, on la ponctionne. Cette ponction est suivie d'une petite fistule qui persiste

pendant plusieurs mois et ne donne qu'une quantité de pus tout à fait insignifiante.

La fistule est complètement fermée au mois d'octobre 1893.

Le malade quitte l'hôpital le 12 juin 1894. L'abcès ne s'est pas reproduit.

OBS. XXXIX. — *Coxalgie gauche. — Deux abcès : l'un en arrière du grand trochanter ; l'autre dans le pli de l'aîne. — Deux ponctions en vingt-quatre jours. — Guérison maintenue depuis dix-sept mois.*

Édouard V..., âgé de 9 ans, entre à l'Hôpital maritime le 12 janvier 1889 pour une coxalgie gauche avec un peu de flexion et d'abduction du membre.

Au mois de mars 1891, on trouve de l'empâtement au-dessus et en arrière du grand trochanter.

En décembre 1891, il y a de l'empâtement au niveau du pli de l'aîne. On constate en outre la présence d'un abcès en arrière du grand trochanter.

Un mois plus tard on trouve un abcès dans l'aîne.

Les deux abcès ont été ponctionnés chacun une fois en l'espace de 24 jours, le 10 décembre 1892 et le 4 janvier 1893.

L'enfant a quitté l'hôpital dix-sept mois après sans récédive.

OBS. XL. — *Coxalgie droite. — Abcès sous-épineux peu volumineux. — Huit ponctions avec injection de naphtol camphré. — En voie de guérison.*

Madeleine V..., âgée de 6 ans, entre au Petit hôpital, le 2 novembre 1893, avec une coxalgie droite remontant à vingt mois.

Un abcès sous-épineux, peu volumineux, existe depuis quatre mois.

Nous le ponctionnons huit fois du 10 novembre 1893 au 8 février 1894.

Le 15 février 1894, l'abcès est très petit et se reproduit lentement.

Le 19 mars, la collection a encore diminué de volume. La fillette est

réclamée par sa famille. L'abcès inspire peu de crainte comme récidive, il ne reste que quelques gouttelettes de pus.

OBS. XLI. — *Coxalgie gauche. — Absès sous-épineux ossifluent. — Deux injections de naphtol camphré en quarante-deux jours. — Fistulette consécutive. — Guérison maintenue depuis dix-sept mois.*

Hortense A..., âgée de 14 ans, entre à l'Hôpital maritime en octobre 1892 pour une coxalgie gauche avec un empâtement énorme tout autour de la jointure. Il n'y a pas de fluctuation. Quelques semaines plus tard, on constate la présence d'un petit abcès en fuseau, à trois travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

On le ponctionne deux fois, le 18 novembre et le 31 décembre 1892.

La dernière ponction, pas surveillée, est devenue fistuleuse. Nous avons vu la fistule au mois d'avril 1893; le trajet était à peu près cicatrisé, l'écoulement presque nul.

Au mois d'octobre 1893, il n'y avait plus de fistule.

La fillette quitte l'hôpital en février 1895. Elle marche avec un appareil silicaté.

OBS. XLII. — *Coxalgie droite. — Absès sous-épineux symptomatique. — Une ponction suivie d'injection de naphtol camphré. — Fistulette. — Guérison confirmée depuis une année.*

Th..., fille, âgée de 9 ans, est envoyée à Berck au mois d'octobre 1892 avec une coxalgie droite.

On constate à son entrée à l'hôpital une coxalgie avec flexion légère, abduction et rotation en dehors. Il n'y a pas d'abcès apparent.

Le 20 mai 1893, nous trouvons un petit abcès à la racine de la cuisse, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Une ponction, avec injection de naphtol camphré, faite le 1^{er} juillet 1893, est suivie d'une fistulette.

La quantité de pus qui s'écoule est à peu près nulle; le pansement de huit jours est à peine souillé; une petite croûte ferme l'orifice du trajet.

Au mois d'octobre la fistule est fermée. La guérison se maintient depuis une année.

OBS. XLIII. — *Coxalgie droite. — Abscess rétro-trochantérien. — Deux ponctions en un mois. — Guérison confirmée depuis deux ans et demi.*

Marcelle R..., âgée de 5 ans, est envoyée à Berck, le 4 mars 1892, pour une coxalgie droite avec un abcès gros comme une orange, situé derrière le grand trochanter. La hanche est luxée, l'ascension du grand trochanter est de 3 centimètres.

On a fait deux ponctions suivies d'injection de naphtol camphré dans le mois de mars 1892.

Le liquide ne s'est pas reproduit.

La guérison se maintient depuis deux ans et demi.

OBS. XLIV. — *Coxalgie droite. — Abscess du pli de l'aîne. — Quatre ponctions suivies d'injection de naphtol camphré en six mois et demi. — Guérison.*

Berthe L..., entre à l'Hôpital maritime le 12 mars 1892 pour une coxalgie droite avec flexion de 60°, abduction, rotation à peu près nulle.

Il n'y a pas d'empatement autour de la jointure ; pas de douleurs.

Au mois de juillet 1892, on trouve un abcès dans le pli de l'aîne.

M. Ménard le ponctionne 4 fois du 15 octobre 1892 au 1^{er} mai 1893.

L'abcès ne s'est pas reproduit.

La guérison est confirmée depuis 14 mois.

OBS. XLV. — *Coxalgie gauche. — Fistule à la partie antérieure et moyenne de la cuisse. — Abscess trochantérien, ponctionné cinq fois en trois mois. — Fistulette pendant trois semaines. — Guérison.*

Gabrielle M..., âgée de 9 ans, est entrée à l'Hôpital maritime le 17 décembre 1892 pour une coxalgie gauche avec une fistule située à la partie antérieure et moyenne de la cuisse et un abcès trochantérien du volume d'une orange.

Le membre est en abduction ; il y a peu de flexion, le pied est en rotation en dehors.

Au mois de février 1893, la fistule est complètement fermée.

Le 10 mars, l'abcès trochantérien est devenu volumineux ; on le ponctionne cinq fois du 13 mars au 1^{er} juillet 1893.

Le liquide se reproduit en très petite quantité à la suite de la dernière ponction puis disparaît peu à peu.

Le 2 août, on ne sent plus de fluctuation ; un petit noyau d'induration, de la grosseur d'une noix, persiste encore dans la région de l'abcès.

Le 7 octobre, le noyau d'induration persiste encore mais a diminué de volume.

Du 13 janvier au 4 février 1894 on constate la présence d'une petite fistulette qui ne donne que quelques gouttes de pus.

Le 7 février, le trajet fistuleux est cicatrisé.

L'enfant quitte l'hôpital six mois plus tard, sans récurrence.

Obs. XLVI. — *Coxalgie gauche douloureuse. — Deux abcès symptomatiques. — Un, sous-épineux, ponctionné cinq fois en un mois. — L'autre, dans les adducteurs, disparu sans ponctions.*

Yvonne J..., âgée de 4 ans, est envoyée à Berck pour une coxalgie gauche douloureuse, le 16 septembre 1893.

Le 8 décembre, on trouve un abcès situé à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

Le 13, l'abcès est devenu volumineux, on le ponctionne.

Le 20, on constate que la collection est formée de deux poches : l'une primitive, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; l'autre, secondaire, dans la masse des adducteurs. Les deux abcès ne communiquent pas entre eux.

L'abcès sous-épineux disparaît après cinq ponctions faites du 9 décembre 1893 au 8 janvier 1894. L'abcès des adducteurs, du volume d'une noix, s'est résorbé sans ponctions.

L'enfant quitte l'hôpital six mois après, sans récurrence locale.

Obs. XLVII. — *Coxalgie droite douloureuse. — Absès sous-épineux symptomatique. — Une ponction suivie d'injection de naphtol camphré. — Guérison confirmée depuis deux ans.*

Blanche C..., âgée de 5 ans, entre à l'Hôpital maritime de Berck en mai 1892, pour une coxalgie droite douloureuse; la région du pli de l'aîne est œdématiée, empâtée; la cuisse est en abduction; la jambe est légèrement fléchie, le pied est dans une rotation en dehors très marquée; il n'y a pas de luxation apparente. Un abcès sous-épineux, étroit, allongé dans le sens vertical, est situé à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Une ponction suivie d'injection de naphtol camphré, faite le 7 septembre 1892, amène la disparition de l'abcès qui ne se reproduit plus.

La guérison se maintient depuis deux ans.

Obs. XLVII bis. — *Coxalgie droite. — Absès de la fesse. — Six injections de naphtol camphré en quatre mois. — Guérison.*

Camille L..., âgé de 7 ans, entre à l'Hôpital maritime de Berck en septembre 1891 pour une coxalgie du côté droit.

Le 29 avril 1893, nous constatons la présence d'un abcès, du volume d'une orange, dans la fesse droite.

Nous avons pratiqué six ponctions suivies d'injection de naphtol camphré. Ces ponctions ont été faites les 18 mai, 10 et 28 juin, 2 et 20 août et le 15 septembre 1893.

Le liquide ne s'est pas reformé.

Pas de récurrence locale neuf mois plus tard.

II. — Mal de Pott.

OBS. XLVIII. — *Mal de Pott lombaire. — Abscess de la fosse iliaque droite. — Sept ponctions suivies d'injections en quatre mois. — Guérison.*

Kerci... garçon de 4 ans, est envoyé à Berck en juin 1894 pour passer quelques semaines au bord de la mer. Les parents sont arrivés avec l'idée que l'enfant était en convalescence.

L'affection dont il est atteint était probablement peu évidente avant le départ de Paris, car elle n'a pas été nettement reconnue, le médecin aurait pensé à une coxalgie.

État actuel, 1^{er} juillet 1894. — La région lombaire est le siège d'une gibbosité évidente quoique assez peu accentuée. L'apophyse épineuse de la deuxième lombaire fait une saillie anguleuse sur la partie moyenne de la difformité. Au-dessus et au-dessous les deux segments supérieur et inférieur du rachis sont légèrement inclinés l'un sur l'autre.

Le petit malade étant couché sur le ventre on constate que l'extension de la cuisse, complète du côté gauche, reste imparfaite du côté droit.

Ponctions et injections. — Six ponctions suivies d'injection sont pratiquées depuis le 1^{er} août jusqu'au 15 novembre 1894. Le contenu de l'abcès liquide et presque dépourvu de grumeaux se reproduit avec une rapidité moyenne. Il tend à diminuer progressivement après chaque ponction.

Toutefois, au commencement de décembre une septième ponction est jugée nécessaire mais cette fois on se contente d'évacuer le liquide qui a conservé l'aspect puriforme et de laver la cavité avec la solution d'acide borique suivant notre pratique habituelle. On s'abstient de faire une injection de naphthol camphré.

A la suite de cette dernière intervention la collection ne reparait pas, on ne retrouve plus d'autre signe de l'abcès qu'un empâtement léger de la fosse iliaque. Cet empâtement diminue assez rapidement pour que, au bout d'un mois environ, il n'en reste à peu près aucune trace. L'état général de l'enfant s'est amélioré d'une manière notable en même

temps que l'appétit et localement l'extension de la cuisse est redevenue complète.

Ce trouble fonctionnel très net avait été déjà observé et avait fait croire à la présence d'une coxalgie. Il indique en réalité un abcès de la fosse iliaque occasionnant une rétraction du psoas iliaque ; ce que l'on vérifie en plaçant l'enfant dans le décubitus dorsal. Les deux mains explorant la fosse iliaque y trouvent une collection fluctuante.

Depuis deux ou trois mois l'enfant marchait avec une certaine difficulté. Durant les dernières semaines il se fatigue très rapidement, et ne peut se tenir debout qu'en appuyant ses deux mains sur ses deux cuisses ou sur les objets qu'il rencontre à sa portée.

La face est pâle, l'appétit très peu actif, l'enfant a maigri et a perdu sa gaieté habituelle.

Nous conseillons le repos dans le décubitus dorsal avec fixation du tronc sur le petit lit mobile au moyen du corset spécial en usage chez nos malades. L'enfant devra être promené dans une voiture de malade avec son appareil.

Quant à l'abcès, on lui appliquera la méthode des injections modificatrices à peu près normale.

La guérison de l'abcès est confirmée depuis trois mois. Le repos sur le lit mobile est maintenu et sera prolongé durant une longue période, dix-huit mois au moins avant que la marche soit permise avec le soutien d'un corset orthopédique.

OBS. XLIX. — *Mal de Pott lombaire, soigné depuis trois ans. — Abcès d'origine récente dans la fosse iliaque droite. — Quatre ponctions pratiquées en deux mois. — Guérison.*

Gra..., garçon de 12 ans, a été couché durant plus de deux ans pour un mal de Pott lombaire. Le Dr Iscovesco, qui donnait des soins à ce malade, a cru qu'il convenait, après ce traitement prolongé, de permettre la marche avec l'usage d'un corset orthopédique en silicate de potasse.

En juillet 1894, cet enfant qui nous est présenté porte un volumineux abcès de la fosse iliaque droite. Or, nous avons su que l'exploration des deux fosses iliaques avait été faite récemment et avec soin par

le Dr Iscovesco. On peut en conclure que le développement de l'abcès a été rapide ou du moins qu'il a passé en peu de temps, en quelques semaines, d'un très petit volume à des dimensions qui le rendent manifestes il remplit la fosse iliaque interne.

Une première ponction, pratiquée à la fin de juillet 1894, retire une quantité assez considérable de matière caséuse demi-liquide.

Le lavage se fait d'une manière imparfaite. On injecte 15 à 20 grammes de naphthol camphré.

Le liquide s'étant reproduit on fait deux nouvelles ponctions suivies d'injection de naphthol camphré. Après la troisième ponction, soit six semaines environ après la première, la tumeur de la fosse iliaque ne semble pas avoir diminué notablement de volume, si bien qu'une quatrième ponction nous paraît indiquée. Après un intervalle d'une quinzaine de jours on se décide à la faire. Le trocart enfoncé dans la tumeur, en diverses directions, ne rencontre aucune collection, il ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang.

Nous croyons pouvoir déduire de ce résultat l'absence de reproduction du pus, les ponctions précédentes n'ayant offert aucune difficulté. Cette interprétation est démontrée au bout de quelques semaines. La tumeur diminue progressivement de volume, elle a disparu d'une manière presque complète lorsque le malade quitte Berck au commencement d'octobre.

Cette observation nous offre un nouvel exemple d'un gonflement énorme de la paroi de l'abcès à la suite des injections naphtholées. Il en est résulté une tumeur molle donnant l'illusion d'une collection fluctuante ; d'où une ponction blanche pratiquée inutilement.

Nous ne saurions trop dire si un examen très attentif l'aurait évitée. Il nous a semblé même après coup que la confusion était difficile à éviter, la sensation de fluctuation ressemblant à s'y méprendre à celle de la fausse fluctuation dans ce cas particulier.

Obs. L. — *Mal de Pott dorsal inférieur avec énorme gibbosité. — Abcès symptomatique de la fosse iliaque gauche. — Cinq ponctions à intervalles très éloignés. — Résorption très lente de l'abcès. — Arthrite tuberculeuse du genou.*

Lel..., fille de 10 ans, atteinte à la fois d'un mal de Pott dorsal in-

férier et d'une arthrite tuberculeuse du genou, a été d'abord traitée à l'Hôpital maritime, puis dans une maison de santé de Berck-Plage. L'une et l'autre affection sont d'origine très ancienne ; nous ne sommes pas renseigné sur la date précise du début.

Après cinq ponctions pratiquées à un intervalle de plusieurs mois, en 1892 et en 1893, l'abcès, diminué de volume, a persisté. On en retrouve une trace sous la forme d'une petite collection occupant la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, durant toute l'année 1894.

L'état général de l'enfant s'est amélioré. L'arthrite tuberculeuse du genou n'est pas encore complètement guérie. Dès que l'on supprime l'appareil immobilisateur le genou recommence à se fléchir.

Bien que dans ce cas la diminution progressive de l'abcès symptomatique du mal de Pott marche avec une extrême lenteur, on peut espérer que la guérison finira par être complète, étant donné que la santé générale de l'enfant s'est elle-même transformée dans un sens favorable.

OBS. LI. — *Mal de Pott double, dorsal supérieur et dorso-lombaire.*
— *Abcès symptomatique de la région lombaire gauche.* — *Guérison de cet abcès après treize ponctions, confirmée depuis vingt-deux mois.* — *Arthrite tuberculeuse des deux genoux guérie.*

Marguerite B..., âgée de 8 ans, était déjà au Petit hôpital depuis un certain temps à la fin de 1894, lorsque M. Ménard a pris le service de l'Hôpital maritime.

Les deux genoux sont fléchis à angle droit, mais on n'y trouve ni d'un côté ni de l'autre aucune masse fongueuse ; ces deux arthrites, dont l'une, celle du côté droit, a été longtemps fistuleuse, ce qu'atteste la présence de plusieurs cicatrices de chaque côté du genou gauche, semblent aujourd'hui guéries.

Mais l'enfant est dans une situation très pénible non seulement à cause de sa double gibbosité rachidienne, mais de plus à cause de la flexion des deux genoux, elle est en quelque sorte recroquevillée sur elle-même dans son lit, elle ne peut être couchée qu'alternativement sur un côté puis sur l'autre.

Le redressement des deux genoux est effectué : redressement simple

sous le chloroforme du genou droit, dont l'ankylose n'est pas très serrée ; redressement par ostéotomie sus-condylienne du fémur du genou gauche dont l'ankylose fibreuse très résistante nous avait paru contre-indiquer le redressement simple par crainte d'une fracture.

Ajoutons tout de suite qu'après une longue immobilisation des deux genoux à l'aide d'appareil plâtré le double redressement s'est maintenu d'une manière satisfaisante et a permis plus tard à l'enfant de marcher avec des béquilles dont l'usage était prescrit et même sans béquilles. Contrairement aux prévisions, le genou droit, qui avait subi un redressement simple, est resté jusqu'ici ankylosé sans mouvements actifs. Les mouvements imprimés sont juste suffisants pour montrer l'absence de soudure osseuse. Le genou gauche au contraire, redressé par ostéotomie du fémur, a repris une certaine étendue de mouvements actifs, 30 degrés environ, ce qui facilite notablement les mouvements de la marche.

En ce qui concerne le mal de Pott double, disons d'abord que le foyer dorsal supérieur n'a occasionné aucun symptôme autre que la gibbosité, d'ailleurs très accentuée, presque à angle droit. Le sommet de cette difformité, de forme anguleuse, répond à la troisième vertèbre dorsale.

La gibbosité dorso-lombaire, très accentuée également, est arrondie. Entre les deux foyers la partie saine du rachis dorsal est redressée et même concave en arrière par suite d'une compensation consécutive.

Au mois de mai 1893, on constate sur le côté gauche de la gibbosité lombaire une volumineuse collection fluctuante. Cet abcès est traité par les ponctions et les injections de naphtol camphré. Ces interventions répétées 13 fois ont été trop nombreuses, elles ont été renouvelées avec un peu trop de précipitation par l'interne chargé spécialement de la direction de ce traitement.

La guérison obtenue en trois mois était complète au mois d'août 1893. L'enfant, qui a passé l'hiver suivant à Paris, est revenue à Berck pendant l'été de 1894. On n'a retrouvé aucune trace de l'abcès. L'état général de l'enfant est redevenu très bon, ce qui nous porte à espérer que tous les foyers tuberculeux sont guéris. L'enfant, devenue un peu turbulente, est difficilement maintenue au repos ; elle marche même avec ses béquilles plus que ne doit le comporter son état.

OBS. LII. — *Mal de Pott lombaire. — Abscès symptomatique dans les deux fosses iliaques. — Les deux abcès communiquent entre eux. — Onze ponctions suivies d'injection de naphtol camphré. Hémorrhagie à la suite d'une ponction. — Les deux abcès ne sont plus ponctionnés depuis huit mois. — L'enfant quitte l'hôpital.*

Robert T..., âgé de 9 ans, est entré à l'Hôpital maritime en juillet 1891 pour un mal de Pott lombaire, sans abcès apparent.

Le 30 juillet, on trouve de l'empâtement dans la fosse iliaque droite.

En février 1892, il y a un abcès dans la fosse iliaque gauche ; l'empâtement de la fosse iliaque droite persiste.

Au mois de juillet, l'abcès à gauche n'est plus apparent.

En septembre, il y a de l'empâtement dans les deux fosses iliaques.

On constate la présence d'un abcès dans les deux fosses iliaques au mois de novembre 1892.

Le 8 février 1893 on ponctionne l'abcès du côté gauche.

Le 29 avril on ponctionne l'abcès de la fosse iliaque droite.

Les deux abcès se reproduisent : nous les ponctionnons en moyenne tous les quinze à vingt jours.

Au mois de septembre ils paraissent diminuer de volume.

Le 3 octobre 1893, un de nous ponctionne l'abcès de la fosse iliaque gauche et injecte environ 30 grammes de naphtol. La piqûre est recouverte de collodion ; tout se passe normalement. Cinq minutes à peine se sont écoulées que l'enfant se plaint d'un malaise général, nausées, soif vive. Il pâlit, remue dans son lit et prétend sentir dans la région de l'abcès ponctionné « quelque chose qui se gonfle et se tend ». Un quart d'heure après on sent par la palpation une tumeur dure, rénitente, beaucoup plus volumineuse que l'abcès primitif ; la pression à ce niveau est un peu douloureuse.

On croit alors que, par mégarde, on a injecté le naphtol camphré à côté de la poche, et de plus, attribuant à l'intoxication par le naphtol les symptômes observés, on ponctionne la tumeur afin d'évacuer son contenu. Il ne sort par le trocart que du sang pur (en assez grande quantité) qui se coagule presque aussitôt. On retire le trocart et l'on ferme au collodion : la collection grossit et se tend : elle est due, sans

nul doute, à une hémorrhagie dans la poche même de l'abcès, qui se distend sous la pression sanguine. Un vaisseau blessé par la ponction n'a donné lieu à aucun écoulement tant que le trocart a été dans l'abcès ; l'extrémité du trocart obturait sans doute la perforation ; sitôt la ponction terminée et le collodion appliqué le vaisseau a pu librement déverser son contenu dans la poche de l'abcès et l'hématome s'est constitué. Quelques heures après, la poche tendue au maximum ne grossit plus. Vomissements jusqu'à deux heures du matin. L'enfant est très lent à réchauffer. Anorexie.

Le 4 octobre (matin), ecchymose du côté gauche des bourses. Plaque d'ecchymose sous-cutanée au niveau de la tumeur. L'enfant ne vomit plus.

Le 4 octobre (soir), l'ecchymose des bourses pâlit. Vaste ecchymose sous-cutanée dans la région iliaque gauche.

Le 5, la tumeur, immobile, remonte jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic (le ventre est diminué dans sa hauteur par suite du siège du mal de Pott lombaire) ; de plus, elle arrive presque jusqu'à la ligne médiane. Elle est bombée, rénitente, indolore. Toute la région iliaque et la partie supérieure de la face antéro-interne de la cuisse présentent une teinte bronzée d'ecchymose se résorbant.

L'ecchymose des bourses a disparu. Rien de particulier à signaler dans la suite. La tumeur devient de moins en moins fluctuante.

Le 6 novembre, on fait une ponction blanche dans la tumeur.

Le 6 décembre, nous trouvons dans la fosse iliaque gauche une masse dure, qui diminue peu à peu. L'abcès de la fosse iliaque droite ne se reproduit plus depuis l'épanchement sanguin. Toutefois l'appétit diminue ; céphalée depuis 15 jours, nausées assez fréquentes.

Le 16, le gâteau iliaque du côté gauche est toujours très dur.

Il y a peu de liquide dans la fosse iliaque droite.

Le 27, le liquide ne se reproduit plus à droite. L'état général est bon.

Le 10 mars 1894, le gâteau iliaque est très petit. Nous trouvons de l'empâtement mou du côté opposé.

Le 28 avril, le gâteau iliaque est mobile.

Le 12 mai, l'abcès du côté droit est très petit : nous ne l'avons plus ponctionné depuis le 20 octobre 1893.

Le 24 juin 1894, l'enfant quitte l'hôpital avec un état général très satisfaisant. L'abcès de la fosse iliaque a disparu ; il ne reste plus de traces de la tumeur.

L'abcès de la fosse iliaque droite ne peut pas être reponctionné : il forme une lame mince, à peine perceptible. L'enfant était couché sur un petit lit portatif.

Il a été ponctionné en tout 11 fois : les 8 février, 24 mars, 29 avril, 18 mai, 10 et 28 juin, 8 et 18 juillet, 2 août, 3 et 20 octobre.

OBS. LIII. — *Mal de Pott dorsal inférieur. — Absès symptomatique dans les deux fosses iliaques. — Dix ponctions suivies d'injection de naphthol camphré. — Hémorrhagie consécutive à une ponction. — L'abcès du côté gauche est disparu depuis quatorze mois ; celui du côté droit depuis neuf mois.*

Armand P..., âgé de 9 ans, est envoyé à Berck pour un mal de Pott dorsal inférieur remontant à trois ans.

Le 16 août, on trouve un petit abcès dans la fosse iliaque gauche.

Le 3 octobre, on le ponctionne pour la première fois.

Trois autres ponctions sont faites les 20 octobre, 2 et 18 novembre.

Une cinquième ponction, pratiquée le 29 novembre, est suivie dans le foyer d'une hémorrhagie qui détermine des symptômes généraux graves tels que pâleur, refroidissement, nausées, vertige, céphalée. Ces accidents durent pendant vingt-quatre heures.

Environ une demi-heure après le début des accidents, on ponctionne la tumeur iliaque dont le volume dépasse de beaucoup celui de l'abcès primitif, et l'on retire une assez grande quantité de sang rouge. La collection se reproduit, mais n'est pas très volumineuse : elle n'est évacuée que le 6 décembre. Son contenu est un liquide brun, très foncé.

Nous avons pratiqué le 16 et le 29 décembre deux autres ponctions, à la suite desquelles le liquide ne s'est pas reproduit.

Le 10 mars 1894, la fosse iliaque gauche est normale, mais un petit abcès est apparu du côté opposé.

Nous le ponctionnons deux fois, le 28 avril et le 12 mai : il ne se reforme pas.

Au mois de juin 1894, nous ne trouvons plus d'abcès du côté droit, mais la fosse iliaque est épaissie à ce niveau.

En septembre 1894, il n'y a plus trace d'abcès dans les deux fosses iliaques ; on ne sent plus d'épaississement de la région.

L'état général est très satisfaisant.

L'enfant quitte l'hôpital au mois de février 1895, sans récidence locale.

L'abcès de la fosse iliaque gauche ne s'est pas reproduit depuis 14 mois, celui de la fosse iliaque droite depuis 9 mois.

OBS. LIV. — *Mal de Pott dorso-lombaire. — Abscess volumineux de la fosse iliaque droite et des adducteurs. — Quatre ponctions suivies d'injection de naphthol camphré. — Fistulette de six mois.*

Virginie A..., âgée de 5 ans, entre à l'Hôpital maritime le 12 août 1892, pour un mal de Pott dorso-lombaire.

Au mois de janvier 1893, on note la présence d'un petit abcès dans la fosse iliaque droite.

En février, l'abcès fuse dans la cuisse droite et envahit la région des adducteurs, où il forme une saillie volumineuse.

Un de nous pratique quatre ponctions du 10 février au 6 mars 1894.

La dernière ponction, pas surveillée, est restée fistuleuse pendant six mois.

Cette fistule est due à deux causes : on n'a pas évacué l'abcès à temps ; de plus on a laissé infecter la plaie du trocart en ne maintenant pas l'occlusion parfaite avec le collodion.

La fistulette donne très peu de pus : le pansement renouvelé tous les huit jours est à peine souillé.

OBS. LV. — *Mal de Pott lombaire. — Abscès volumineux de la fosse iliaque gauche. — Quatre injections de naphthol camphré en quatre mois. — Abscès énorme de la fosse iliaque droite et du triangle de Scarpa. — Trois injections de naphthol camphré en un mois et demi. Guérison confirmée depuis 33 mois pour l'abcès de la fosse iliaque gauche et depuis 9 mois pour l'abcès du côté droit.*

Mathide M..., âgée de 12 ans, entre le 14 novembre 1890, à l'Hôpital maritime pour un mal de Pott lombaire.

Au mois de décembre 1890, on trouve de l'empâtement dans la fosse iliaque gauche, sans fluctuation.

En septembre 1891, il y a de l'empâtement dans la fosse iliaque droite ; la fosse iliaque gauche est toujours épaissie.

Au mois de janvier 1892, on note l'apparition d'un abcès dans la fosse iliaque gauche.

Quatre ponctions, faites de janvier à mai 1892, amènent la disparition complète de l'abcès qui ne se reproduit plus. Une d'elles, non pratiquée au siège d'élection, a donné lieu à des accidents péritonéaux, sans gravité du reste.

En avril 1893, il n'y a pas trace d'abcès dans la fosse iliaque gauche ; on ne trouve plus d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

La guérison apparente se confirme pendant plusieurs mois encore, mais le mauvais état général persiste.

En avril 1894, la jeune fille devient pâle, sa figure a une expression malade, ses traits sont tirés, l'amaigrissement est notable ; perte d'appétit.

On présente l'enfant à M. Ménard qui fait le diagnostic d'abcès à distance : la fosse iliaque droite et le triangle de Scarpa sont en effet distendus par une vaste collection : on ponctionne séance tenante et l'on retire 400 grammes de liquide blanchâtre, sans grumeaux. Deux autres ponctions, suivies d'injection de naphthol camphré, faites à huit et quinze jours d'intervalle, ne donnent lieu à aucun accident toxique.

Le liquide se reproduit après la troisième ponction, mais en très petite quantité ; la fluctuation est à peine perceptible.

Quinze jours après, il n'y a plus trace de fluctuation.

Au mois de mars 1895, la fillette est encore à l'hôpital : elle n'a pas de récédive locale.

Nous l'avons vue se transformer sous nos yeux, elle a pris de l'embonpoint : aujourd'hui elle est méconnaissable tant l'état général s'est amélioré. L'abcès de la fosse iliaque gauche ne s'est pas reproduit depuis 33 mois, celui de la fosse iliaque droite est disparu depuis 9 mois.

OBS. LVI. — *Mal de Pott dorsal. — Abscès de la fosse iliaque droite. — Deux ponctions en deux mois. — Disparition de l'abcès. — Onze mois plus tard, récédive : abcès solide.*

Louis B..., âgé de 7 ans, est entré à l'Hôpital maritime le 15 novembre 1890 avec un mal de Pott dorsal, sans abcès apparent.

En décembre 1890, on trouve dans la fosse iliaque droite une masse fluctuante du volume d'une orange.

En septembre 1891, la tumeur existe toujours, on ne l'a pas ponctionnée.

Au mois d'avril 1892, l'abcès n'a pas diminué de volume. M. Ménard le ponctionne deux fois avec résultat.

Le 25 juin, on ne sent plus de fluctuation ; la région iliaque est indurée, épaissie.

En mai 1893, on constate de nouveau dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur, mobile, très dure, assez volumineuse.

Nous la ponctionnons quatre fois sans résultat. Deux fois le trocart était bouché par un grumeau très dur.

Nous étions en présence d'un abcès solide.

L'enfant a quitté l'hôpital, plusieurs mois après, la tumeur était encore très dure, mais avait beaucoup diminué de volume.

OBS. LVII. — *Mal de Pott lombaire. — Quatre ponctions en deux mois, pratiquées dans un abcès de la fosse iliaque gauche. — Fistule temporaire de dix jours. — Guérison confirmée depuis dix-huit mois.*

Car..., garçon de 3 ans, arrivé à Berck en juin 1893.

C'est un enfant de complexion très délicate, face pâle et terreuse,

maigreur excessive, système musculaire très peu développé, appétit nul.

Il est atteint d'un mal de Pott lombaire. La gibbosité, peu accentuée, dépasse cependant le redressement de l'ansellure lombaire. La concavité normale a fait place à une légère saillie, courbure sans angle saillant, dont la partie moyenne répond à la troisième vertèbre lombaire. On trouve dans la fosse iliaque gauche un abcès offrant un volume qui peut être comparé à celui d'une grosse orange. Cet abcès est apparent à la vue, la fluctuation est manifeste.

Traitement. — Quatre ponctions, suivies d'injection naphtolée, sont pratiquées à quinze jours d'intervalle dans le courant des mois de juin, juillet et août.

Les trois premières ponctions retirent une quantité de pus à peu près égale. Chaque fois le lavage est fait facilement et suivi de l'injection d'une petite quantité de naphtol, 15 à 20 grammes.

Au moment où la quatrième ponction est décidée, la tumeur répondant à l'abcès n'a pas sensiblement diminué de volume, mais elle est peu tendue et molle. Elle paraît fluctuante. La ponction ne retire aucun liquide. Le trocart dévié, en différents sens dans l'épaisseur de la tumeur, ne rencontre pas de cavité où il se trouve libre. Il est retiré et la plaie est fermée par le pansement collodionné ordinaire.

L'absence de liquide, qui nous avait causé quelque étonnement au moment de la quatrième ponction, a été confirmée à la suite par la diminution progressive du volume de la tumeur et enfin par sa disparition qui était complète deux mois plus tard.

Un incident s'était produit à la suite de la deuxième ponction. Le liquide d'injection paraît être resté dans le trajet du trocart. Huit jours après l'opération on constate, en enlevant le pansement collodionné, la présence d'une fistule qui permet d'évacuer le contenu de l'abcès, mélange grisâtre de pus et de naphtol. Cette évacuation est complétée autant que possible par des pressions exercées à plusieurs reprises à la surface de la tumeur. Ensuite la plaie est refermée.

La fistule s'est maintenue béante pendant dix jours. Durant cette période, trois évacuations successives ont été pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle, avec des précautions antiseptiques. La cavité n'a

pas été infectée. Le trajet fistuleux s'étant refermé, le contenu de l'abcès s'est reproduit de nouveau et la troisième ponction a été faite comme il a été dit plus haut.

La fistule temporaire qui a duré dix jours n'a en rien modifié la marche du traitement, elle a simplement imposé quelques précautions spéciales.

La guérison de l'abcès est confirmée depuis dix-huit mois. L'état général de l'enfant a commencé à s'améliorer à partir du moment où la guérison de l'abcès a été obtenue. L'appétit s'est développé et un certain degré d'embonpoint a totalement changé l'aspect du malade.

Cependant le repos dans le décubitus dorsal sur un appareil mobile n'a pas été interrompu depuis le commencement du traitement jusqu'à l'heure actuelle malgré la confiance que pourrait inspirer la disparition définitive de l'abcès.

L'attitude verticale ne sera autorisée qu'après une période totale de repos de 25 à 30 mois.

OBS. LVIII. — *Mal de Pott lombaire. — Abcès de la fosse iliaque droite. — Deux ponctions à trois semaines d'intervalle. — Guérison.*

Chil..., garçon de 4 ans, est atteint d'un mal de Pott qui a été reconnu en novembre 1894. Il est couché sur le matelas de Lannelongue.

Au moment où nous le voyons pour la première fois, fin de novembre 1894, la gibbosité lombaire, nettement visible, est cependant peu accentuée. Elle forme une courbe régulière dont le sommet répond à la partie moyenne de la colonne lombaire.

La paroi abdominale est soulevée au niveau de la fosse iliaque droite par un abcès tuberculeux, du volume d'une orange, siégeant dans la gaine du psoas iliaque.

Traitement. — Deux ponctions, avec lavage à la solution boriquée et injection de naphтол camphré, ont été pratiquées à trois semaines d'intervalle au commencement et à la fin de décembre 1894.

Trois semaines après la deuxième opération la tumeur persiste avec le même volume et en apparence avec les mêmes caractères physiques :

la présence de liquide ne nous paraît pas douteuse. Aussi tentons-nous une nouvelle ponction. Le trocart donne seulement issue à quelques gouttes de sang ; absence de pus.

A un nouvel examen de l'enfant, un mois plus tard, la tumeur est sensiblement diminuée de volume, la consistance est plus ferme, la fluctuation est moins apparente.

OBS. LIX. — *Mal de Pott lombaire. — Volumineux abcès de la fosse iliaque droite. — Six ponctions et injections en trois mois. — Fistule temporaire de dix jours. — Guérison confirmée depuis dix-sept mois.*

Gauch..., garçon de 9 ans, atteint d'un mal de Pott lombaire, couché dans une gouttière de Bonnet depuis un an, lorsqu'il arrive à Berck en juin 1893.

A cette époque, la fosse iliaque droite est remplie par un gros abcès tuberculeux qui, par son extrémité inférieure, a passé sous l'arcade crurale et se montre à la partie externe du triangle de Scarpa. La gibbosité lombaire forme une convexité postérieure peu accentuée dont la partie culminante répond à la deuxième vertèbre lombaire.

Six ponctions, suivies d'injection de naphтол camphré, ont été pratiquées dans l'espace de trois mois.

A la suite de l'une de ces ponctions, la troisième, le trajet du trocart est resté fistuleux pendant dix jours, ce qui a permis de pratiquer à ce moment, sans nouvelle ponction, trois évacuations du contenu de l'abcès.

La fistule fermée, le liquide s'est reproduit de nouveau, ce qui nous a obligé à continuer la série des ponctions.

Au moment où la malade quitte Berck, 15 octobre 1893, la résorption de l'abcès est complète.

L'enfant est revu au mois de janvier 1894 et pendant la saison d'été 1894. La guérison de l'abcès s'est maintenue, la santé générale de l'enfant est excellente ; l'embonpoint est même un peu excessif ; l'appétit seul laisse à désirer ; il est resté peu développé et capricieux.

Jusqu'ici le repos dans le décubitus dorsal a été strictement observé. Il a été convenu, à moins de complications imprévues, que la position

verticale, la marche serait autorisée 20 à 25 mois après la guérison de l'abcès.

OBS. LX. — *Mal de Pott dorso-lombaire. — Absès volumineux dans la fosse iliaque droite. — Six ponctions en trois mois. — Guérison.*

Léonie L..., âgée de 9 ans, est envoyée à l'Hôpital maritime de Berck le 12 septembre 1893.

Elle est atteinte d'un mal de Pott dorso-lombaire. La gibbosité est peu accentuée. La fosse iliaque interne est remplie par une masse fluctuante, très volumineuse qui, en bas, dépasse l'arcade de Fallope et empiète sur le triangle de Scarpa.

Traitement. — Nous avons pratiqué six ponctions en trois mois, le 20 septembre, les 7 et 20 octobre, les 2, 13 et 21 novembre.

La première ponction, qui a donné six cents grammes de liquide, couleur brunâtre sans grumeaux, a été suivie d'une injection de 50 grammes de naphtol camphré.

Cette ponction, de même que les suivantes, n'a donné lieu à aucun accident toxique, bien que l'on ait mis chaque fois dans le foyer de l'abcès une quantité assez grande de naphtol.

La collection ne s'est pas reproduite depuis trois mois; un léger épaissement de la fosse iliaque a seul persisté pendant plusieurs semaines. L'enfant est couchée, immobilisée sur un petit lit portatif.

OBS. LXI. — *Mal de Pott dorsal. — Gibbosité énorme. — Absès volumineux dans chaque fosse iliaque. — Six ponctions dont cinq suivies d'injection de naphtol camphré. — Guérison en deux mois.*

Rib..., fille de 9 ans et demi, vient à l'Hôpital maritime en novembre 1894.

Elle a un mal de Pott, avec une gibbosité énorme formée par les six dernières vertèbres dorsales; de plus, les deux fosses iliaques sont occupées par un abcès volumineux.

Nous faisons six ponctions du 5 décembre 1894 au 6 février 1895, dont, deux dans la fosse iliaque gauche, quatre dans la fosse iliaque

droite. Nous constatons dès la deuxième ponction, le 12 décembre, que les deux collections tuberculeuses communiquent ensemble.

Nous pratiquons une troisième évacuation le 21 décembre ; une quatrième le 5 janvier et une cinquième le 23 ; après chacune d'elles nous injectons dans le foyer de l'abcès plusieurs grammes de naphtol camphré.

Comme la quantité de liquide reste sensiblement la même, nous faisons une sixième ponction le 6 février 1895, mais nous nous contentons de laver la cavité avec une solution boriquée et nous refermons la plaie du trocart avec un pansement occlusif ; autrement dit nous faisons la ponction sans injecter de naphtol camphré.

Le 6 mars 1895, nous avons pu constater que la collection ne s'est pas reproduite à gauche ; à droite il y a un épaissement de la fosse iliaque, mais il est difficile d'affirmer s'il existe encore du liquide.

OBS. LXII. — *Mal de Pott lombo-sacré. — Absès volumineux dans la fosse iliaque droite. — Une ponction suivie d'injection de naphtol camphré. — Guérison.*

Marguerite L..., âgée de 9 ans, entre à l'Hôpital maritime le 13 mai 1892, avec un gros abcès dans la fosse iliaque droite, symptomatique d'un mal de Pott lombo-sacré.

Je ponctionne l'abcès le 22 janvier 1894 et retire 800 grammes d'un liquide épais, couleur chocolat ; lavage de la cavité avec une solution boriquée à 40/1000, j'injecte 80 grammes de naphtol camphré et referme la plaie du trocart avec du collodion.

Le liquide se reforme en très petite quantité pendant les premiers jours qui suivent la ponction, puis se résorbe peu à peu.

Au mois de mars, on ne sent plus de fluctuation, on constate seulement que la fosse iliaque est épaissie.

L'enfant quitte l'hôpital en juin 1894 sans abcès.

Je l'ai revue au mois de septembre 1894 : la fosse iliaque présentait encore un léger épaissement.

OBS. LXIII. — *Tuberculose du genou. — Mal de Pott lombaire. — Absès symptomatique de la fosse iliaque gauche. — Quatre injections de naphtol camphré en deux mois. — Disparition de l'abcès. — Récidive quatre mois après. — Deux injections de naphtol camphré en deux mois. — Disparition de l'abcès. — Guérison confirmée depuis une année.*

Henri E..., âgé de 13 ans, est envoyé à Berck en mars 1892, pour un mal de Pott lombaire avec abcès symptomatique dans la fosse iliaque gauche et une tuberculose du genou gauche, en voie de guérison.

Du 10 avril au 12 juin 1892, M. Ménard pratique quatre ponctions suivies d'injection de naphtol camphré qui ont amené la disparition de la collection.

Au mois d'octobre, l'abcès se reforme dans la fosse iliaque gauche. M. Ménard le reponctionne deux fois en l'espace de deux mois : le liquide ne s'est pas reproduit.

La guérison est confirmée depuis une année. L'état général du malade est excellent.

OBS. LXIV. — *Mal de Pott lombaire. — Deux abcès symptomatiques. — L'un, à droite, occupe la fosse iliaque et le triangle de Scarpa. — L'autre, à gauche, occupe également la fosse iliaque et le triangle de Scarpa correspondant. — Quatre injections de naphtol camphré en un mois et demi. — Guérison.*

T... Eugène, âgé de 7 ans, est envoyé à Berck en juillet 1893 pour un mal de Pott lombaire.

Nous constatons, à son arrivée à l'hôpital, la présence de deux abcès. L'un, à droite, volumineux, remplit toute la fosse iliaque et le triangle de Scarpa. L'autre, à gauche, petit, occupe aussi la fosse iliaque et le triangle de Scarpa.

Le 2 août, M. Griffon, interne du service, ponctionne l'abcès de la fosse iliaque gauche.

Le 23, il ponctionne l'abcès de la fosse iliaque droite.

Il refait une ponction du côté gauche le 2 septembre ; elle est suivie de la disparition complète du liquide.

Une deuxième ponction, pratiquée le 15 septembre dans la fosse iliaque droite, est également suivie de la disparition de l'abcès.

L'enfant a donc été ponctionné en tout quatre fois : les 2 et 23 août, les 2 et 15 septembre 1893.

La guérison est confirmée depuis 9 mois.

OBS. LXV. — *Tuberculose des deux poignets et du cou-de-pied droit. — Mal de Pott dorso-lombaire. — Abscessus symptomatique dans les deux fosses iliaques. — Quatre injections de naphthol camphré en deux mois. — Guérison.*

Marthe S..., âgée de 5 ans, est entrée en juin 1894 à l'Hôpital maritime pour un mal de Pott dorso-lombaire avec abcès dans les deux fosses iliaques ; une tuberculose des deux poignets et du cou-de-pied droit.

L'état général paraît assez compromis, la petite fille est très pâle.

Les deux abcès ont chacun le volume d'une mandarine.

On ponctionne d'abord l'abcès iliaque du côté gauche. La première ponction est faite le 2 juillet, la deuxième le 30.

Le liquide ne se reforme pas.

L'abcès du côté droit est évacué le 16 et le 27 août.

Le pus se reproduit mais en très petite quantité. Quelques jours après nous ne trouvons plus de fluctuation ; il reste de l'empâtement de la région qui a persisté pendant plusieurs semaines.

Au mois de mars 1895, l'état général est beaucoup amélioré ; la fillette est fraîche, a repris de l'embonpoint.

Les lésions locales (tuberculose des deux poignets, tuberculose du cou-de-pied) paraissent guéries.

Il n'y a plus trace d'abcès dans les deux fosses iliaques depuis six mois.

OBS. LXVI. — *Mal de Pott dorsal inférieur. — Abscessus dorso-lombaire. — Quatre injections de naphthol camphré en deux mois. — Guérison.*

Elise G..., âgée de 6 ans, est envoyée à Berck, le 4 juin 1894, pour un mal de Pott dorsal inférieur, et un abcès symptomatique.

La collection siège dans la gouttière vertébrale droite et occupe les régions dorsale et lombaire.

Un de nous a fait quatre ponctions, de juillet à septembre 1894, elles ont amené la disparition totale de l'abcès qui ne s'est pas reproduit depuis six mois.

OBS. LXVII. — *Mal de Pott lombaire.* — *Abcès de la fosse iliaque gauche ponctionné deux fois en six mois.* — *L'enfant quitte l'hôpital en voie de guérison.*

Marie R..., âgée de 8 ans, entre à l'Hôpital maritime le 14 octobre 1892 avec un mal de Pott lombaire.

La fosse iliaque est épaissie, il n'y a pas de fluctuation.

Au mois de juillet 1893, on note la présence d'un petit abcès dans la fosse iliaque gauche.

Première ponction le 2 août.

La collection se reproduit et forme une petite tumeur allongée, mobile, très dure, de la grosseur d'un marron. La tumeur devient fluctuante au mois de mars 1894 et augmente un peu de volume.

Je reponctionne l'abcès, et, après avoir retiré quelques grammes de liquide citrin, visqueux, j'injecte dans la cavité une très petite quantité de naphtol camphré.

A ce moment, la malade quitte Berck et rentre à l'hôpital de M...

Nous avons appris depuis que l'abcès a été ouvert et drainé.

J'ai revu l'enfant au mois de septembre 1894 avec une suppuration très abondante et un état général gravement compromis.

OBS. LXVIII. — *Mal de Pott dorsal inférieur.* — *Gros abcès dans la fosse iliaque gauche et le triangle de Scarpa.* — *Quatorze injections de naphtol camphré en sept mois et demi.* — *Une fistule temporaire de huit jours.* — *Guérison.*

Julienne R..., âgée de 14 ans, est envoyée à l'Hôpital maritime en avril 1893 pour un mal de Pott inférieur avec gibbosité à angle droit. Une énorme collection remplit toute la fosse iliaque gauche et le triangle de Scarpa correspondant.

L'état général est mauvais : pâleur, amaigrissement, perte de l'appétit.

La première ponction, faite le 26 mai, donne issue à 300 grammes de pus crémeux. On injecte 50 grammes de naphtol camphré.

Malgré les craintes inspirées par le mauvais état général de l'enfant aucun accident toxique ne survient après l'injection.

Le 2 juin, la collection s'est reproduite. M. Griffon enlève le collodion appliqué après la dernière ponction. Une matière puriforme jaillit aussitôt ; c'est un liquide gris perle, donnant l'impression d'une émulsion de pus et de naphtol. Des pressions répétées, aidées des efforts faits par l'enfant, donnent une quantité assez grande de pus, environ 250 grammes.

Quand la cavité paraît bien vidée on lave soigneusement la région avec du sublimé au 1/1000 et on referme au collodion.

Les 3, 4, 5 juin, on évacue le liquide par l'orifice de la ponction et après chaque évacuation on referme soigneusement au collodion.

Le 8, le trajet fistuleux est à peu près cicatrisé ; on fait sourdre une gouttelette de pus en appuyant très fort sur l'abcès.

Le 10, la fistulette est tout à fait fermée, mais le liquide s'est reproduit ; l'abcès est de nouveau distendu. On renforce la cicatrice en appliquant à son niveau une mince couche de collodion, et l'on ponctionne assez loin de la première piqûre, tout en ne s'écartant pas trop de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La collection se reforme lentement. On fait une troisième ponction le 25 juin. On retire environ 150 grammes de sérosité filante (de couleur brunâtre), qui a l'odeur du camphre et tient en suspension des gouttelettes de naphtol.

A partir de ce moment les ponctions deviennent de moins en moins fréquentes.

Au mois de septembre nous constatons que le triangle de Scarpa est libre ; on sent dans la fosse iliaque une masse fluctuante du volume d'une orange.

Le 8 décembre, toute trace de fluctuation a disparu, il ne reste que de l'empâtement de la région qui persiste pendant deux mois encore.

L'enfant a été ponctionnée 14 fois du 26 mai au 8 décembre 1893. Elle a quitté l'hôpital huit mois après, sans abcès.

L'état général est très bon.

Obs. LXIX. — *Mal de Pott lombaire. — Absès symptomatique dans la fosse iliaque gauche. — Trois injections de naphtol camphré en deux mois. — Guérison.*

Ernest J..., âgé de 8 ans, a été envoyé en mai 1893, à l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer, avec un abcès dans la fosse iliaque gauche symptomatique d'un mal de Pott lombaire. Trois ponctions, avec injections de naphtol camphré, faites du 10 juin au 2 août 1893, ont amené la disparition totale du liquide qui ne s'est pas reproduit.

La guérison est encore confirmée en juin 1894.

Obs. LXX. — *Mal de Pott dorsal. — Absès de la fosse iliaque droite. — Deux injections de naphtol camphré en quinze jours. — Guérison.*

André F..., âgé de six ans, est envoyé à l'Hôpital maritime en avril 1893, pour un mal de Pott dorsal.

Un abcès de la fosse iliaque, apparu quelques mois plus tard, a été ponctionné deux fois, le 20 mai et le 6 juin 1894. Le liquide ne s'est pas reformé.

La guérison se maintient depuis six mois.

Obs. LXXI. — *Mal de Pott lombaire. — Absès de la fosse iliaque droite. — Une injection de naphtol camphré. — Guérison.*

Adolphe N..., âgé de 4 ans, entre à l'Hôpital maritime en mai 1893, pour un mal de Pott lombaire.

L'examen des fosses iliaques ne révèle pas d'abcès apparent.

Le 26 juillet 1893, on note, dans la fosse iliaque droite, la présence d'un petit abcès, de la grosseur d'une noix.

M. Ménard a ponctionné l'abcès le 2 septembre : le liquide ne s'est pas reproduit.

Le malade a quitté l'hôpital huit mois après, la guérison étant encore confirmée.

OBS. LXXII. — *Mal de Pott lombaire. — Abscès de la fosse iliaque droite. — Deux injections de naphтол camphré en un mois. — Guérison.*

Jules N..., âgé de 5 ans, est entré à l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer, en avril 1893, pour un mal de Pott lombaire avec abcès dans la fosse iliaque droite. L'abcès a disparu après deux ponctions, faites le 1^{er} et le 29 janvier 1894, et ne s'est pas reformé.

Nous n'avons pas observé de récurrence sept mois plus tard, époque à laquelle l'enfant a quitté l'hôpital.

OBS. LXXIII. — *Mal de Pott lombaire. — Abscès ossifluent dans la fosse iliaque gauche. — Quatre injections de naphтол camphré en deux mois et demi. — Guérison.*

Albert P..., âgé de 7 ans, a été envoyé à l'Hôpital maritime le 16 septembre 1892, pour un mal de Pott lombaire.

L'enfant avait, à son entrée à l'hôpital, un abcès dans la fosse iliaque gauche qui a disparu après quatre ponctions suivies d'injection de naphтол camphré.

Ces ponctions ont été faites du 7 janvier au 17 mars 1894.

Nous avons revu l'enfant au mois de septembre 1894 et avons constaté que l'abcès ne s'était pas reformé.

OBS. LXXIV. — *Mal de Pott lombaire. — Abscès dans la fosse iliaque gauche. — Cinq ponctions, suivies d'injection de naphтол camphré, en deux mois et demi. — Guérison.*

Rose G..., âgée de 3 ans, entre à l'Hôpital maritime, le 11 août 1893, pour un mal de Pott lombaire, avec abcès dans la fosse iliaque gauche.

La collection, ponctionnée cinq fois du 1^{er} janvier au 17 mars 1894, ne s'est pas reproduite.

L'enfant a quitté l'hôpital au mois de juin 1894, sans abcès.

Elle est de nouveau rentrée à l'hôpital au mois de février 1895 et n'offre pas de récurrence locale. L'état général est excellent

La guérison est donc confirmée depuis une année.

OBS. LXXV. — *Mal de Pott lombaire. — Abscès de la fosse iliaque gauche. — Cinq ponctions en deux mois et demi. — Guérison.*

Marthe E..., âgée de 4 ans, est envoyée à Berck en mai 1892, pour un mal de Pott lombaire sans abcès apparent.

L'enfant est maintenue au repos.

Le 3 mai 1893 on constate la présence d'une petite collection dans la fosse iliaque gauche.

M. Luton, interne du service, a fait cinq ponctions en deux mois et demi, du 12 juin au 30 août.

L'abcès ne s'est pas reproduit ; mais nous avons constaté pendant longtemps la présence d'une masse dure dans la fosse iliaque gauche.

La malade est rentrée chez ses parents au mois de juin 1894 : à son départ la tumeur iliaque avait disparu, la fosse iliaque était tout à fait libre.

Nous avons revu la malade au mois de novembre 1894, pâle, amaigrie, et avons de nouveau constaté la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'un marron à la fosse iliaque gauche.

Nous l'avons ponctionnée et avons inoculé son contenu à deux cobayes qui sont morts tuberculeux ; l'observation détaillée se trouve au chapitre : défaut d'action anti-tuberculeuse du naphthol camphré.

OBS. LXXVI. — *Mal de Pott lombaire. — Abscès symptomatique de la fosse iliaque gauche. — Deux injections de naphthol camphré en treize jours. — Guérison.*

Georgette C..., âgée de 3 ans, est entrée à l'Hôpital maritime de Berck en décembre 1893, pour un mal de Pott lombaire avec un petit abcès dans la fosse iliaque gauche.

J'ai ponctionné l'abcès deux fois : la première ponction a été faite le 19 janvier, la deuxième le 2 février 1894. Le liquide ne s'est pas reproduit.

La guérison se maintient depuis 6 mois.

OBS. LXXVII. — *Mal de Pott lombaire. — Gros abcès dans la fosse iliaque droite. — Cinq injections de naphtol camphré en trois mois. — Guérison.*

Marie B..., âgée de 9 ans, a été envoyée à Berck le 17 juin 1893 pour un mal de Pott lombaire avec un gros abcès dans la fosse iliaque droite.

La collection, ponctionnée cinq fois du 25 juillet au 30 octobre 1893, ne s'est pas reproduite depuis neuf mois.

OBS. LXXVIII. — *Mal de Pott dorsal. — Abcès symptomatique volumineux dans la fosse iliaque droite. — Huit ponctions avec injection de naphtol camphré en cinq mois et demi. — Guérison.*

Madeleine D..., âgée de 6 ans, entre à l'Hôpital maritime le 8 octobre 1891 avec un mal de Pott dorsal sans abcès apparent.

Au mois de janvier 1892 on constate la présence d'un petit abcès dans la fosse iliaque droite ; l'enfant est mise au repos.

Un mois après l'abcès a augmenté de volume, il remplit la fosse iliaque droite.

M. Ménard pratique huit ponctions avec injection de naphtol camphré, du 15 novembre 1892 au 1^{er} mai 1893. L'abcès ne s'est pas reproduit.

La guérison est encore confirmée en juin 1894, c'est-à-dire 13 mois après la dernière ponction.

OBS. LXXIX. — *Mal de Pott lombaire. — Abcès symptomatique dans les deux fosses iliaques. — Plusieurs injections de naphtol camphré. — Guérison.*

Marguerite V..., âgée de 9 ans, est entrée le 13 novembre 1891 pour un mal de Pott lombaire.

En juillet 1892, apparition d'un abcès dans la fosse iliaque gauche, qui disparaît après plusieurs ponctions suivies d'injection de naphtol camphré.

En octobre 1892, un abcès se reforme dans la fosse iliaque droite,

on le traite également par des injections de naphтол camphré et il ne se reproduit pas.

Nous avons suivi l'enfant pendant 18 mois et n'avons pas observé de récédive locale.

OBS. LXXX. — *Mal de Pott dorsal. — Deux abcès dorsaux ossifluents. — Un abcès iliaque symptomatique. — Injections de naphтол camphré. — Guérison.*

Augustine C..., âgée de 9 ans, entre à l'Hôpital maritime le 11 mars 1892 pour un mal de Pott dorsal avec deux abcès sous-cutanés, de chaque côté de la gibbosité.

Les deux abcès disparaissent après avoir été ponctionnés plusieurs fois, du mois de mars au mois de juillet 1892, et ne se reproduisent plus.

Un abcès de la fosse iliaque droite, apparu quatre mois après, est injecté à diverses reprises avec du naphтол camphré : il disparaît complètement au mois d'avril 1893.

L'enfant quitte l'hôpital un mois après, sur la demande de ses parents.

OBS. LXXXI. — *Mal de Pott dorso-lombaire. — Abcès symptomatique du triangle de Scarpa. — Quatre ponctions et injections de naphтол camphré en six mois. — Guérison.*

Clément P..., âgé de 15 ans, entre à l'Hôpital Rouville en juin 1893, pour un mal de Pott dorso-lombaire avec gibbosité énorme.

Un abcès symptomatique fait saillie dans le triangle de Scarpa du côté gauche.

M. Ménard ponctionne l'abcès quatre fois du mois d'août 1893 au mois de janvier 1894. Chaque ponction est suivie d'une injection de naphтол camphré.

Nous avons revu l'enfant au mois de septembre 1894 : son abcès ne s'est pas reproduit.

OBS. LXXXII. — *Tuberculose du genou gauche. — Mal de Pott lombaire avec abcès symptomatique volumineux dans la fosse iliaque droite. — Cinq ponctions suivies d'injection de naphtol camphré en cinquante jours. — Guérison.*

Edmond P..., âgé de 5 ans 1/2, est envoyé à l'Hôpital maritime de Berck en octobre 1892, pour une tuberculose du genou gauche, en voie de guérison, et un mal de Pott lombaire, sans abcès apparent.

Le 29 avril 1893, nous constatons la présence d'un volumineux abcès dans la fosse iliaque droite.

On le ponctionne cinq fois du 18 mai au 8 juillet 1893.

L'abcès ne s'est pas reproduit à la suite de la cinquième ponction.

La guérison est confirmée depuis 14 mois.

OBS. LXXXIII. — *Mal de Pott dorsal. — Gros abcès dans la fosse iliaque droite. — Cinq injections de naphtol camphré en trois mois. — Guérison.*

Alexandre G..., âgé de 13 ans, entre à l'Hôpital maritime le 14 octobre 1892, avec un mal de Pott dorsal et un gros abcès qui occupe toute la fosse iliaque gauche.

M. Ménard ponctionne l'abcès cinq fois en l'espace de trois mois.

La première ponction est faite le 4 janvier, la deuxième, le 30 ; la troisième, le 8 février ; la quatrième, le 26 et la cinquième le 1^{er} avril 1893.

Le liquide ne s'est pas reformé à la suite de cette dernière ponction.

Nous avons suivi le malade pendant six mois et n'avons pas constaté de récurrence locale.

OBS. LXXXIV. — *Mal de Pott lombaire. — Abcès de la fosse iliaque gauche. — Quatre injections de naphtol camphré en deux mois. — Guérison.*

Paul L..., âgé de 9 ans, arrive à l'Hôpital maritime le 16 septembre 1892, avec un mal de Pott lombaire, sans abcès apparent.

Au mois de novembre on constate la présence d'une petite masse fluctuante, dans la fosse iliaque gauche.

Quatre ponctions faites le 26 décembre, le 4, le 30 janvier et le 16 février 1893, amènent la disparition de l'abcès qui ne se reforme plus.

L'enfant, tenu en observation pendant plusieurs mois, n'a pas eu de récurrence locale.

OBS. LXXXV. — *Mal de Pott lombaire. — Absès volumineux dans la fosse iliaque gauche et le triangle de Scarpa. — Quatre ponctions avec injection de naphthol camphré en trois mois. — Guérison*

Julia A..., âgée de 7 ans, entre à l'Hôpital maritime en juillet 1892, pour un mal de Pott lombaire.

Un gros abcès symptomatique occupe la fosse iliaque gauche et le triangle de Scarpa.

Quatre ponctions pratiquées du 7 décembre 1892 au 4 mars 1893, ont amené la disparition complète de l'abcès qui ne s'est pas reproduit.

Pas de récurrence en août 1893, époque à laquelle l'enfant sort de l'hôpital.

OBS. LXXXVI. — *Mal de Pott dorsal inférieur. — Absès dans la fosse iliaque droite et dans le triangle de Scarpa. — Sept ponctions. — Guérison.*

R..., âgé de 6 ans, entre à l'Hôpital maritime le 6 septembre 1894.

Il est atteint d'un mal de Pott dorsal inférieur avec une gibbosité anguleuse formée par la 12^e dorsale.

Un abcès, qui siège à la fois dans la fosse iliaque et le triangle de Scarpa, disparaît après six ponctions, pratiquées les 10, 23 novembre, les 12, 22 décembre et le 2 janvier.

La dernière ponction est faite sans injection de naphthol camphré. Le liquide se reproduit en très petite quantité, puis se résorbe quinze jours plus tard.

L'enfant est maintenu au repos. L'état général est très satisfaisant.

OBS. LXXXVII. — *Mal de Pott lombaire. — Volumineux abcès dans la fosse iliaque droite. — Deux ponctions, avec injection de naphtol camphré, suivies de guérison.*

Lec..., âgé de 5 ans, vient à l'Hôpital maritime avec une gibbosité dans la région lombaire et un volumineux abcès dans la fosse iliaque droite.

Deux ponctions pratiquées en 24 jours amènent la disparition du liquide.

Le 12 février, c'est-à-dire environ quinze jours après la dernière évacuation de l'abcès, on ne trouvait plus trace de fluctuation.

La guérison se maintient.

OBS. LXXXVIII. — *Mal de Pott dorso-lombaire. — Abcès symptomatique dans la fosse iliaque droite, assez volumineux. — Une ponction suivie d'une injection de naphtol camphré. — Guérison.*

Étienne T..., âgé de 7 ans, est arrivé à Berck le 12 février 1895. Il est atteint d'un mal de Pott dorso-lombaire, avec une gibbosité à sommet arrondi comprise entre la huitième dorsale et la troisième lombaire.

Une seule ponction, faite le 16 février, amène la disparition de la collection qui ne s'est pas reproduite depuis cette époque. Le liquide, inoculé à un cobaye, a révélé nettement sa nature tuberculeuse ; les viscères, foie, rate, étaient criblés de noyaux bacillaires.

OBS. LXXXIX. — *Mal de Pott dorsal. — Abcès symptomatique dans la fosse iliaque droite. — Sept ponctions. — La dernière est faite sans injection de naphtol dans la cavité de l'abcès. — Guérison.*

Dar..., âgé de 5 ans, entre à l'Hôpital maritime le 10 décembre 1894. Il est atteint d'un mal de Pott formé par les 9^e, 10^e, 11^e vertèbres dorsales.

Un abcès, apparu dans la fosse iliaque, a été évacué sept fois.

Six ponctions, pratiquées du 13 novembre au 30 janvier, ont été suivies d'une injection de naphtol camphré dans la cavité tuberculeuse.

La dernière ponction au contraire a été faite sans liquide modificateur.

Non seulement la collection ne s'est pas reproduite après cette dernière ponction, mais la guérison est encore confirmée.

OBS. XC. — *Mal de Pott dorsal moyen. — Petit abcès dans la fosse iliaque gauche ponctionné une année après son apparition. — Deux ponctions. — Guérison.*

Gaston Del..., âgé de 8 ans, entre une première fois à l'Hôpital maritime, le 15 septembre 1893 et y reste jusqu'en juin 1894.

Le 27 janvier 1894, on constate la présence d'un petit abcès, de la grosseur d'un marron, dans la fosse iliaque gauche. On ne le ponctionne pas.

Nous avons revu le petit malade à Berck au mois de septembre 1894; l'abcès existait toujours, et n'avait pas augmenté de volume.

Une première ponction, faite le 15 février 1895, a donné issue à une matière épaisse, très peu abondante. Nous l'avons inoculée à un cobaye qui est mort de tuberculose généralisée.

Une deuxième ponction, pratiquée le 12 février, a retiré quelques grammes de liquide. Nous l'avons de nouveau injecté à un cobaye, qui est mort également de tuberculose. Le contenu de l'abcès ne s'est pas reproduit après cette dernière ponction.

OBS. XCI. — *Mal de Pott lombaire. — Abcès symptomatique dans la fosse iliaque gauche. — Cinq ponctions dont quatre suivies d'une injection naphtolée. — Guérison.*

Dum..., garçon de 12 ans, vient à Berck le 12 décembre 1894 avec un mal de Pott lombaire. Il a un abcès, de moyen volume, qui siège dans la fosse iliaque gauche.

Une première ponction, faite le 22 décembre, donne issue à 150 grammes de pus de couleur brunâtre.

Une deuxième, le 16 janvier, retire 100 grammes.

Une troisième, le 30 janvier, retire 90 grammes.

Une quatrième, le 5 février, retire 70 grammes.

Ces quatre ponctions sont suivies de l'injection de quelques grammes de naphtol camphré dans la cavité de l'abcès.

La cinquième, pratiquée le 21 février, est faite sans naphtol. On lave le foyer avec de l'eau boriquée et l'on referme l'orifice de la ponction par un pansement collodionné.

Le contenu de l'abcès ne s'est pas reproduit. La guérison est maintenue à l'heure actuelle.

Obs. XCII. — *Mal de Pott dorso-lombaire. — Volumineux abcès de la fosse iliaque et des adducteurs. — Trois ponctions et injections de naphtol camphré. — Guérison.*

Ph..., garçon de 12 ans, entre à l'Hôpital maritime au mois de novembre 1894.

Il a un mal de Pott dorso-lombaire avec une gibbosité très marquée, presque à angle droit.

Un abcès énorme distend la fosse iliaque et la racine de la cuisse. Toute la jambe est œdématiée.

Une première ponction, faite le 19 novembre, retire 1100 grammes de liquide blanchâtre, sans grumeaux ; la deuxième, 450 grammes, et la troisième, 50 grammes.

Le traitement de l'abcès a duré en tout deux mois, du 19 novembre au 16 janvier. La collection ne s'est pas reformée.

Le malade est maintenu au repos ; son état général est excellent.

Obs. XCIII. — *Mal de Pott dorso-lombaire. — Abcès volumineux dans la fosse iliaque droite. — Neuf ponctions, dont huit suivies d'injection de naphtol camphré. — Guérison.*

Louis B..., âgé de 9 ans, entre à l'Hôpital maritime avec un mal de Pott dorso-lombaire, dont le début remonte à l'âge de 4 ans. Un abcès volumineux remplit la fosse iliaque droite.

Nous le ponctionnons neuf fois du 26 octobre au 16 janvier 1895.

Les huit premières ponctions sont suivies d'une injection de naphtol camphré ; elles retirent, 500 grammes, 500 grammes, 450, 180, 180, 460, 345 et 250 grammes.

A la suite de la neuvième ponction, nous n'injectons pas de liquide

modificateur dans le foyer de l'abcès, nous lavons la cavité avec la solution boriquée et nous refermons la plaie du trocart par un pansement occlusif.

Le 10 février, le gonflement de la fosse iliaque a beaucoup diminué, on ne perçoit plus de fluctuation.

Actuellement le liquide ne s'est pas encore reproduit.

OBS. XCIV. — *Mal de Pott dorso-lombaire. — Abcès symptomatique dans la fosse iliaque gauche disparu après une seule ponction. — Guérison.*

Terr..., fille de 5 ans, entre à l'Hôpital maritime le 12 décembre 1894.

Nous constatons à son arrivée la présence d'un mal de Pott dorso-lombaire formé par la douzième vertèbre dorsale et les trois premières vertèbres lombaires. La gibbosité est peu accentuée. Un abcès symptomatique occupe la fosse iliaque gauche.

On l'a ponctionné une fois, le 5 janvier 1895 ; le liquide ne s'est pas reproduit après cette seule et unique évacuation.

La guérison persiste depuis trois mois. L'enfant est maintenue au repos.

III. — Observations d'abcès tuberculeux infectés ou mixtes de coxotuberculose et de mal de Pott.

Obs. XCV. — *Coxalgie gauche. — Cicatrices sur la face externe de la cuisse. — Abcès sous-épineux mixte ponctionné. — Fistule consécutive. — Résection de la hanche.*

Emilie J..., âgée de 12 ans, entre à l'Hôpital maritime le 6 septembre 1894. Elle a une coxalgie gauche et porte sur la face externe de la cuisse une série de cicatrices dont une mesure 15 centimètres de longueur. Le membre malade est porté en adduction et en rotation en dehors. La flexion est légère. Les mouvements d'extension et de flexion sont d'environ 30°. Le raccourcissement apparent est de 6 centimètres.

Un petit abcès, du volume de l'index, siège à la racine de la cuisse, à deux travers de doigt environ de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On le ponctionne trois fois, sans résultat. L'orifice de la dernière ponction ne se ferme pas et devient le siège d'un écoulement purulent très abondant. L'enfant perd l'appétit. L'état général devient de plus en plus mauvais.

Le 4 décembre 1894, on opère la malade. M. Ménard pratique une incision dans le prolongement de l'ancienne cicatrice et suit le trajet de la fistule jusqu'à l'os iliaque. Il s'aperçoit alors que cette fistule se continue vers la cavité cotyloïde. Une seconde incision perpendiculaire à la première permet d'arriver sur le point osseux malade. On résèque le grand trochanter. La tête du fémur est en partie résorbée, il n'en reste que quelques pointes osseuses irrégulières ; on enlève le tout avec la curette. La cavité cotyloïde mise à nu est débarrassée des fongosités qui l'occupent totalement. On sent nettement avec le doigt trois loges séparées par des crêtes osseuses. On nettoie ensuite avec la curette le trajet de la fistule. La plaie est bourrée de gaze iodoformée. Le membre malade est immobilisé à l'aide d'un appareil plâtré.

Le 15 janvier 1895, la plaie est complètement cicatrisée. L'état général est très bon.

OBS. XCVI. — *Coxalgie gauche. — Incision de dix centimètres sur la face externe de la cuisse. — Réunion par première intention. — Absès secondaire à la fesse, ponctionné. — Fistule pendant trois mois.*

Isabelle G..., âgée de 40 ans, est atteinte d'une coxalgie gauche.

Elle a été opérée en février 1894, à la Salpêtrière et présente actuellement une cicatrice de 10 centimètres de longueur à la partie supérieure et externe de la cuisse : on a obtenu une réunion par première intention. La jambe malade est fléchie à 40° elle est en rotation en dehors.

Un petit abcès sous-cutané, situé à la partie antéro-supérieure de la fesse entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le grand trochanter, menace de s'ouvrir. La première ponction, faite le 18 septembre, reste fistuleuse. Cette fistule n'a donné que quelques gouttelettes de pus. Elle est fermée depuis le 18 décembre.

L'enfant marche actuellement avec un appareil silicaté.

OBS. XCVII (résumée). — *Coxalgie droite fistuleuse et luxée. — Tuberculose du cou-de-pied. — Trois cicatrices opératoires. — Absès secondaire ponctionné. — Fistule définitive. — Résection de la hanche.*

Paul M..., âgée de 44 ans, vient à Berck le 10 avril. Il a une coxalgie droite. L'élévation du grand trochanter est de 3 cent. 1/2. On voit à la racine de la cuisse, surtout dans sa région postérieure, plusieurs cicatrices opératoires dont une donne une quantité de pus insignifiante.

Un abcès secondaire, apparu au-dessous du pli fessier droit, le 6 septembre 1894, a été ponctionné 4 fois. Une des ponctions est restée fistuleuse et donnait une très grande quantité de pus.

On a fait la résection de la hanche quelques semaines plus tard.

Actuellement la plaie opératoire est en bon état, il reste une petite fistulette.

OBS. XCVIII. — *Coxalgie gauche fistuleuse. — Absès secondaire. — Cinq ponctions suivies d'une fistule. — La fistule persiste pendant cinq mois.*

Émile Del..., garçon âgé de 5 ans, entre à Berck le 13 mai 1892, avec une coxalgie gauche fistuleuse. Le membre est fléchi à 45°, l'abduction est légère.

La fistule, située à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, se ferme en avril 1893.

Au mois d'avril 1894, nous constatons la présence d'un abcès dans la fesse gauche. Nous le ponctionnons cinq fois : le 30 mai, le 6, 13, 20 et 26 juin. La dernière ponction reste fistuleuse. La fistule s'est fermée au mois de décembre 1894.

L'enfant marche, à l'heure actuelle, avec un appareil silicaté.

OBS. XCXIX. — *Mal de Pott dorsal inférieur avec une fistule lombaire à droite de la gibbosité. — Absès dans la fosse iliaque gauche. — Quatre ponctions et injections de naphthol camphré, suivies d'une fistule permanente.*

René Guil..., âgé de 12 ans, entre à l'hôpital maritime le 15 septembre 1893. Il est atteint d'un mal de Pott dorsal inférieur avec une fistule lombaire située à droite de la gibbosité. Il a un abcès dans la fosse iliaque gauche, symptomatique de sa lésion lombaire.

Nous ponctionnons cet abcès quatre fois, la dernière ponction est suivie d'une fistule.

A partir de ce moment l'état général est devenu de moins en moins satisfaisant, perte d'appétit, vomissements, cachexie.

L'enfant, réclamé par sa famille, était moribond.

OBS. C. — *Mal de Pott cervico-dorsale avec une fistulette sur le côté gauche du cou. — Plusieurs ponctions pratiquées dans un volumineux abcès de la région dorsale. — Fistule persistante. — Opération.*

François Den..., âgé de 13 ans, entre en juin 1893 à l'Hôpital mari-

time. Il a un mal de Pott cervico-dorsal et une fistulette sur le côté gauche du cou.

Le 2 août 1893, nous constatons la présence d'un volumineux abcès dans la région dorsale, étendu dans le sens vertical de l'angle de l'omoplate au sacrum.

En décembre 1893, l'abcès avait été ponctionné dix-huit fois, sans succès. Les dernières ponctions sont restées fistuleuses.

Le 28 décembre, on pratique le curettage de l'abcès et de ses nombreux diverticules.

En mai 1894, une fistule persiste. L'enfant est réclamé par sa famille au mois de juin 1894. L'état général est peu satisfaisant : albuminurie, perte d'appétit ; la fistule donne beaucoup de pus.

OBS. CI. — *Mal de Pott lombaire. — Abcès fistuleux. — Abcès secondaire. — Plusieurs ponctions suivies d'injections de naphtol camphré. — Fistule permanente. — Mort.*

Paul Pring..., âgé de 6 ans, vient à Becrk le 16 décembre 1892. Il a une fistule dans la région lombaire qui donne peu de pus. Elle se ferme quelque temps après son arrivée.

Le 8 mai 1893, un abcès volumineux se reproduit dans la même région.

Cet abcès, ponctionné à diverses reprises, s'ouvre spontanément le 31 mai.

On exprime la collection et on la referme soigneusement avec le collodion.

La fistule persiste, la suppuration augmente de jour en jour ; l'enfant se cachectise et le 21 avril 1894, il meurt en présentant de légers phénomènes d'intoxication qui étaient dus au naphtol camphré, puisqu'on en avait introduit quelques grammes dans la cavité de l'abcès trois jours auparavant.

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Indications thérapeutiques.	9
Résorption spontanée des abcès tuberculeux migrants.	10
Difficulté de distinguer d'avance les abcès migrants qui peuvent guérir spontanément	12
Indication d'un traitement actif.	14
CHAPITRE II. — Technique opératoire.	15
Instruments et appareils	16
Ponction, son siège ; évacuation, ses difficultés	18
Évacuation	23
Injection, quantité du liquide injecté	28
Nombre et intervalle des ponctions et des injections.	30
CHAPITRE III. — Action du naphтол camphré sur l'abcès tu- berculeux.	35
Absence de douleur et de gonflement	35
Modifications du contenu de l'abcès. Modifications de la paroi	39
Défaut d'action locale anti-tuberculeuse du naphтол camphré. Inocu- lations du contenu de l'abcès après une ou plusieurs injections	41
CHAPITRE IV. — Résultats thérapeutiques	51
Statistique des abcès de la coxotuberculose	52
Abcès précoce, abcès tardif, au point de vue du traitement.	58
Statistique des abcès du mal de Pott	65
Variétés anatomiques des abcès au point de vue thérapeutique : vo- lume, nombre, longueur du trajet de communication entre l'abcès et son point de départ, siège.	69
CHAPITRE V. — Marche et complications du traitement.	78
L'abcès est un diverticule du foyer tuberculeux primitif. Importance de la guérison de l'abcès	81

Durée du traitement ; avantage de cette durée. Caractères de la guérison de l'abcès.	82
Rapport entre la guérison de l'abcès et la guérison du foyer d'origine .	
Guérisons confirmées.	83
Rechutes et récidives. Leur traitement.	84
Apparition d'un nouvel abcès dans une autre région.	86
<i>Complications</i> . Fistules temporaires, définition, pathogénie et traitement.	89
Fistules persistantes	99
Rareté des accidents toxiques. Symptômes. Action toxique spéciale du naphthol	101
 CHAPITRE VI. — Abscès tuberculeux purs. Abscès tuberculeux mixtes ou infectés par les microbes pyogènes	
Gravité différente du tuberculome pur et du tuberculome infecté. . .	111
Marche différente. Réaction différente en présence des injections. . .	112
 CHAPITRE VII. — Conclusions pratiques	
Injections modificatrices et opérations sanglantes.	114
Parallèle entre les deux méthodes en ce qui concerne la tuberculose coxale et rachidienne.	121
OBSERVATIONS DE COXOTUBERCULOSE.	127
OBSERVATIONS DE MAL DE POTT.	176
OBSERVATIONS D'ABCÈS DE COXOTUBERCULOSE ET DE MAL DE POTT, MIXTES OU INFECTÉS	207

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot.— J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
